

فهرست مطالب

۱.....	مقدمه.....
۲.....	حاکمیت بالینی.....
۵.....	اعتبار بخشی.....
۷.....	پزشک خانواده.....
۹.....	معرفی شهرستان بوئین زهرا.....
۱۱.....	منشور حقوق بیمار در ایران.....
۱۲.....	بیانیه رسالت و دورنمای بیمارستان.....
۱۲.....	معرفی بیمارستان به تفکیک بخشها.....
۲۰.....	چارت سازمانی بیمارستان امیرالمومنین (ع).....
۲۱.....	نقشه بیمارستان.....
۲۲.....	راهنمای نقشه بیمارستان.....
۲۳.....	ایمنی بیمار.....
۲۵.....	تزریقات ایمن.....
۳۱.....	کنترل عفونت.....
۳۸.....	حریق.....
۴۱.....	مدیریت خطر.....
۴۳.....	مدیریت بحران.....
۵۳.....	استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان موسسات پزشکی.....
۵۳.....	امور اداری و مالی.....
۵۸.....	دستورالعمل ارتقاء شغلی.....
۶۲.....	منابع.....
۶۳.....	پیوست.....

به نام او که تکیه بر نامش غروری است جاودانه

مقدمه:

بیمارستان مهم ترین موسسه بهداشتی درمانی به شمار می آید چرا که بازوی مهم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در اولین سطح ارجاع با قلمرو و مسئولیت های مشخص است. سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان را در سطح شهرستان مهم ترین عامل موفقیت در حصول به بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ می شمارد.

بیمارستان ها همچون یک واحد صنعتی متشکل از عوامل تولید مانند: سرمایه، نیروی انسانی، فن آوری و مدیریت هستند و با استفاده از تسهیلات ویژه، جهت تولید محصولی به نام "حفظ، بازگشت و ارتقای سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه، و نیز انجام تحقیقات پزشکی و آموزش نیروهای ماهر مورد نیاز بخش بهداشت و درمان نقش اساسی ایفا می کنند."

در کشورهای مختلف تا به امروز روشها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت به کار گرفته شده اند. از میان این روش ها، حاکمیت بالینی برای نخستین بار در سیستم سلامت انگلستان به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبتهای بالینی در سال ۱۹۹۸ مطرح شد.

این مفهوم از آن جا نشأت گرفت که در آن زمان سیستم سلامت موجود در آن کشور، برنامه ای برای توجه به کیفیت در ارائه خدمات سلامت نداشت و به منظور برقراری نگاهی نو به حیطه سلامت از منظر کیفیت و نه فقط کمیت، مفهوم حاکمیت بالینی مطرح شد. براساس تعریف، این مفهوم در واقع « چهارچوبی است که در آن سازمان های ارائه کننده خدمت در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می پردازند » است. این مفهوم سعی دارد کلیه فعالیت هایی که بر روی بیمار تأثیر گذار است را در یک استراتژی ارتقای کیفیت ادغام نماید. این مفهوم در پی بهبود و ارتقای کیفیت در استفاده از اطلاعات، همکاری و مشارکت، انجام کار تیمی، هم فکری و تعامل، کاهش دامنه تغییرات در ارائه خدمات سلامت و کاربرد طبابت مبتنی بر شواهد است. حاکمیت بالینی در واقع به عنوان چتری است که می خواهد هر فرایندی که به حفظ و ارتقای استاندارد های مراقبت بیمار کمک می کند، را پوشش دهد.

بدیهی است به منظور استقرار موفق آن نیاز به تامین زیر ساخت هایی نظیر فرهنگ سازی، ترغیب کار تیمی، تفکر و تغییر رفتار داریم.

باعنایت به بخشنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۸۸ در راستای اجرای حاکمیت بالینی در کلیه دانشگاه های علوم پزشکی کشور و نیز تغییر روش ارزیابی بیمارستانها و تبدیل آن به روش اعتبار بخشی، مجموعه حاضر با هدف ارائه اطلاعاتی منطبق با ابلاغیه وزارت مطبوع تدوین گردیده است. امید است اطلاعات این مجموعه در راستای ابتکار و خلاقیت ارائه دهندگان خدمت مفید واقع شود.

خدا یا چنان کن سرانجام کار تو خشنود باشی و ما رستگار

حاکمیت بالینی (Clinical Governance)

حاکمیت بالینی یعنی انجام دادن کارهای درست، به شیوه درست، در مکان و زمان درست برای بیمار درست همراه با پیدایش نتیجه درست.

حاکمیت بالینی اصطلاحی است که برای توصیف نوعی رویکرد طبقه بندی شده و برنامه ریزی شده (سیستماتیک)، به منظور حفظ کیفیت مراقبت از بیماران و بهبود این کیفیت در نظام سلامت، مورد استفاده قرار می گیرد. واژه حاکمیت بالینی در نظام سلامت به دنبال فاجعه بچه های بریستول در ۱۹۹۵ مصطلح شد که در آن متخصص بیهوشی دکتر استفان بولسین میزان بالای مرگ کودکان در جراحی قلب در بیمارستان سلطنتی بریستول را فاش ساخت. این پدیده، از آن پس به طور بنیادین در نظام خدمات بهداشت ملی (بیمه خدمات درمانی) انگلستان مورد توجه دقیق قرار گرفت و مسائل مربوط به آن موشکافی شد، به طوری که تعریفی رسمی از آن به شرح ذیل، مورد پذیرش گسترده واقع شد:

حاکمیت بالینی عبارت از چارچوبی است که در محدوده آن، سازمان های ارائه دهنده خدمات درمانی موظف به پاسخگویی به طور مستمر و بهبود و ارتقاء کیفیت خدمات خود هستند و لازم است ضمن حفظ استانداردهای بالای مراقبت از بیماران، به ایجاد محیطی بپردازند که در آن، مراقبت های بالینی در برترین شکل خود به شکوفایی خواهد رسید. تعریف بالا، سه ویژگی کلیدی و اساسی در نظر گرفته شده برای مفهوم حاکمیت بالینی را در بر گرفته است. این سه ویژگی عبارتند از: قابل تصدیق بودن یا نمایان بودن استانداردهای بالای مراقبت، مسئولیت پذیری و پاسخگویی شفاف در قبال این استانداردها، و دستیابی به بهبودی و سلامت پویا و ثابت و پایدار.

تعالی خدمات بالینی در مفهوم کلی به معنای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی ارائه دهندگان و متولیان امر سلامت در قبال کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است.

محورهای حاکمیت بالینی

۱. رهبری و مدیریت
۲. آموزش و مدیریت کارکنان
۳. مدیریت خطر
۴. تعامل با بیمار و جامعه
۵. استفاده از اطلاعات
۶. اثر بخشی بالینی
۷. ممیزی بالینی

شرح محور های اساسی در نظام حاکمیت بالینی:

مدیریت کارکنان Staff Management

همانطور که از نام این محور پیداست به کارکنان به عنوان یکی از ارکان اساسی سازمان توجهی ویژه نموده و در زمینه های طراحی خط مشی ها، روش های اجرایی به روز شده و قراردادهای کاری، پایش عملکرد کارکنان، توسعه ی آنها و آموزش و یادگیری فعالیت می کند. مدیریت کارکنان، به موضوعاتی می پردازد که مهمترین منبع ارائه خدمات بالینی (کارکنان) را در راستای اهداف حاکمیت خدمات بالینی قرار دهد. مطمئناً رسیدن به اهداف "کیفیت" و "پاسخگویی" در خدمات بالینی، بدون اعمال مدیریت صحیح و اصولی بر کارکنان امکانپذیر نیست. از همین روست که مدیریت کارکنان به عنوان یکی از ارکان حاکمیت خدمات بالینی شناخته شده است.

مدیریت خطر Risk Management

آنچه در این محور مورد توجه است شامل سلامت و ایمنی، کاهش ریسک بالینی، پایش شکایات، خط مشی ها و روش های اجرایی به روز شده، سیستم های گزارش دهی و پیگیری رویدادهای نامطلوب است.

تعاریف:

- مخاطره - هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود
- ریسک - احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب
- شدت - نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه، آسیب به اموال، و یا دیگر موارد مضر که می تواند اتفاق بیفتد

تعریف مدیریت ریسک در حوزه سلامت:

انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی، و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان.

سطح ریسک:

- ناچیز: هیچ عملی مورد نیاز نیست
- قابل تحمل: هیچ کنترل بیشتری مورد نیاز نیست
- متوسط: اقدامات کاهش خطر باید اجرا شود
- اساسی: فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع نشود.

تحمل ناپذیر: فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع نشود و اگر کاهش ریسک امکان پذیر نیست فعالیت به کلی انجام نگیرد

رویکرد مدیریت ریسک:

- رویکردهای "واکنشی" و "بلادرنگ"
- آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است (واکنشی)
- جلوگیری از خطرات بالقوه که در خدماتی که مراکز درمانی ارائه می کنند تاثیر می گذارد (بلادرنگ)

تعامل با بیمار و جامعه Patient and public involvement

در این محور به مسائلی چون اهمیت ارائه مشاوره به بیماران و مدیریت خدمات ارتباطی، توجه به بیمار بعنوان شریک و درگیر کردن او در امر درمان و ایجاد فرهنگ انعطاف پذیر و مشارکتی پرداخته می شود. بر اساس این محور بیمارستان بایستی فرایند رسیدگی به شکایات را به منظور افزایش وفاداری، رضایت بیماران و نیز بهبود کیفیت خدمات به گونه ای کارا و اثربخش طرح ریزی و طراحی نماید

استفاده از اطلاعات Use of information

استفاده از فناوری اطلاعات و مدیریت جامع آن، ایجاد و ارایه اطلاعات برای بیماران و برقراری ارتباط با برنامه های آینده در این محور مورد بررسی و توجه است.

هدف استفاده از مدیریت اطلاعات در حاکمیت بالینی نظام سلامت شامل موارد ذیل می باشد :

بهبود دسترسی به معیار شاخص های بالینی تعیین شده

توافق بر روی شاخص های عملکرد بالینی هر متخصص

ایجاد بانک اطلاعاتی و برنامه انتشاراتی

هماهنگی با اصول حفاظت از اطلاعات

بهبود ارتباطات داخلی

اثربخشی بالینی Clinical Effectiveness

اثر بخشی بالینی همانا استفاده از بهترین دانش، برگرفته از پژوهش، تجربه بالینی و ترجیحات بیمار برای دستیابی به فرآیندها و نتایج مطلوب مراقبت از بیماران می باشد.

دستیابی به اثربخشی بالینی از طریق مجموعه ای از فعالیتهای ارتقای کیفیت زیر امکانپذیر است :

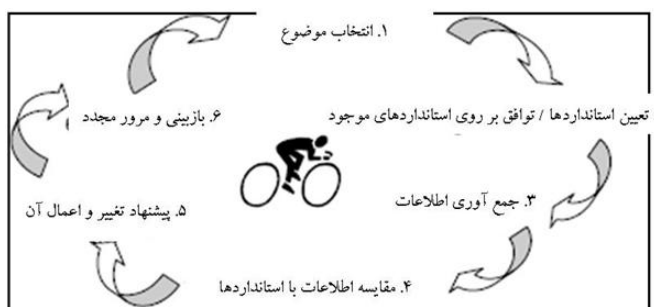
-شواهد علمی و به روز، راهکارهای بالینی، دستورالعملها و استانداردهای علمی برای تعیین و ارائه بهترین روش مراقبت و درمان

-ابزارهای ارتقا کیفیت (مانند چرخه ممیزی بالینی، چرخه های سریع ارتقای کیفیت و ...)

-ارزیابی مستندات و ... به منظور تعیین هزینه اثربخش بودن خدمات و مراقبتها

ممیزی بالینی Clinical Audit

تعریف :ممیزی بالینی فرایندی است نظام مند که در قالب انجام مراحل مختلف به ارتقا کیفیت خدمات سلامت در یک حیطه مشخص می پردازد .
ممیزی بالینی فرآیندی است برای ارتقای کیفیت خدمات بالینی که از مجموعه ای از فعالیتهای به هم مرتبط تشکیل شده است .دراین فرآیند، استاندارد ارائه خدمات یا مراقبت مورد نظر تعیین و تدوین می شود، سپس وضعیت موجود بررسی گردیده و مواردی که عدم تطابق با استاندارد وجود دارد مشخص می شود. در نهایت در مکانهایی از اختلاف، که امکان مداخله وجود دارد مداخله صورت گرفته و پس از یک بازه زمانی مناسب، به منظور ارزیابی میزان اثربخش بودن مداخله انجام شده، ممیزی مجدد انجام می شود. به مجموعه این فرآیندها چرخه ممیزی بالینی گفته می شود



در مورد ممیزی بالینی موارد زیر همواره باید مدنظر قرار گیرند:

- ممیزی بالینی فرآیندی برای ارتقای کیفیت است و بازرسی یا مچ گیری نیست.
- ممیزی بالینی باید به قسمتی از فرهنگ سازمان تبدیل گردد.
- ممیزی بالینی عموماً فرآیندی بین رشته ای است و در سیر انجام آن رشته ها و بخش های مختلف باید درگیر شوند.
- ممیزی بالینی هزینه اضافه تری به سیستم تحمیل نمی کند و به واسطه ارتقای کیفیت مجموعه، از هزینه های فعلی نیز خواهد کاست.
- ممیزی بالینی هدفی نیست که باید به آن نائل شویم، بلکه فرآیندی است که باید به صورت روزمره در آن درگیر گردیم.

اعتبار بخشی

اعتبار بخشی بیمارستان ها در مفهوم عام آن به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز و واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت با استانداردها (ضوابط) مشخص است. استانداردهائی که شعار بهبود مداوم کیفیت و محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیماران، همراهان، کارکنان و جامعه پیرامون بیمارستان (محیط زیست) تاکید دارد. بدیهی است این مسئله باید در مبانی فکری مدیریت بیمارستانی به عنوان یک اصل تلقی و خط مشی ها مبتنی بر آن ترسیم شود. ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی با بهره گیری از ابزار اعتبار بخشی تحت شرایطی می تواند پاسخ گوی بخشی از سیاست های کلان نظام سلامت کشور باشد. این ابزار با ایجاد وحدت رویه، تهیه دستورالعمل ها و ابلاغ استانداردهای ملی، زمینه اعمال مدیریت را در برنامه ریزی، هماهنگی، مستندسازی و ارتقای مستمر کیفیت فراهم می نماید. همچنین می تواند زمینه ساز اعتماد بیشتر مردم (متقاضیان خدمت) به درجه و جایگاه بیمارستان باشد.

انواع استاندارد

- ۱- استانداردهای ساختاری: ارائه خدمت را امکان پذیر می سازد مانند منابع (انسانی، مالی و فیزیکی)
- ۲- استانداردهای فرآیندی: روش های اجرایی و فعالیت های ما را در بر می گیرد
- ۳- استانداردهای نتیجه گرا (پیامدی)

برای استمرار بهبود کیفیت و مدیریت منابع؛ توجه کافی به هر سه نوع استاندارد با توجه به فعالیت های مرتبط با بهداشت و کنترل عفونت در بیمارستان امری اجتناب ناپذیر است.

کیفیت : کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی ، سطحی از خدمات سلامت است که احتمال نتایج سلامتی را مطابق الزامات از پیش تعریف شده و در حد انتظار افزایش داده و از دانش حرفه ای بهره مند باشد لذا برای تحقق آن می بایست:

- ۱- بهره گیری از تخصص
- ۲- شفاف سازی انتظارات و استاندارد سازی فعالیت ها
- ۳- توانمند سازی کارکنان ، مراجعین و جامعه
- ۴- ارزیابی های مستمر ، احصاء داده ها و تحلیل و بررسی نتایج
- ۵- به اشتراک گذاشتن نتایج و کمک از خرد جمعی- تخصصی در تصمیمات

در سال های اخیر نظام ارتقای کیفیت متحول شده و مراحل زیر را پیموده است :

- ۱- بازرسی : مشاهده ، سنجش ، ارزیابی و آزمون
 - ۲- کنترل کیفیت : روش های اجرایی نیل به الزامات
 - ۳- تضمین کیفیت : ایجاد اطمینان از برآورده شدن خواسته ها
 - ۴- ارتقای مستمر کیفیت : مشارکت جمعی ارکان سازمان برای کسب رضایت مشتری
- محور های اعتبار بخشی بهداشت بیمارستان:**

- | | |
|--|---|
| ۱- الزامات | ۲- مدیریت و سازماندهی |
| ۳- مدیریت و توانمندسازی نیروی انسانی | ۴- آموزش |
| ۵- کتابچه بهداشت محیط و ایمنی و بروشورهای راهنما | ۶- بهبود کیفیت ، جمع آوری و تحلیل داده ها |
| ۷- ضوابط عمومی | ۸- مدیریت پسماندهای پزشکی |
| ۹- جمع آوری و دفع فاضلاب | ۱۰- آب مصرفی |
| ۱۱- آشپزخانه و بهداشت موادغذایی | ۱۲- رختشویخانه |
| ۱۳- بهداشت بخش های بستری و ویژه | ۱۴- اتاق های عمل |
| ۱۵- CSR | ۱۶- آزمایشگاه |
| ۱۷- پرتو پزشکی (درمانی - تشخیصی) | ۱۸- ایمنی |
| ۱۹- سلامت شغلی | |
| ۲۰- سایر موارد (کاربرد سموم و موادگندزدا، مدیریت بحران، بهداشت سردخانه جسد و ...) | |

آنچه در قالب محور های اعتبار بخشی واحد بهداشت و کنترل عفونت در بیمارستان آمده ملاک های زیر را رعایت نموده و به وحدت رویه کمک خواهد نمود

- قابل اندازه گیری به صورت عینی
- شفاف و واضح
- قابل درجه بندی
- قابل دستیابی

- قابل ارتقاء
- عدم مغایرت با قوانین و مقررات
- مطابق با توانایی ها و فرهنگ سازمان
- قادر به تأمین حداقل های مورد نیاز

"و این یعنی استاندارد سازی"

طرح پزشک خانواده شهری

نظام سلامت از اجزایی تشکیل می شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آنها بر سلامت مردم در خانه، محل کار، و مکانهای عمومی اثر می گذارد. سرپرست خانوار باید پزشک خانواده خود را از بین پزشکانی که حداکثر در فاصله ۱/۵ km محل زندگی آنها هستند انتخاب کند. هر شخص می تواند تا دو بار در سال با اطلاع سازمانهای بیمه مربوطه پزشک خود را تعویض کند. فاصله دو بار تعویض نباید کمتر از سه ماه باشد. این تغییر از طریق بیمه به اطلاع دبیرخانه ستاد شهرستان رسیده تا تغییرات لازم در دسترسی به پرونده الکترونیک اعمال شود. تعویض پزشک خانواده در پایان ماه قابل انجام است. هر پزشک ۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر را می تواند تحت پوشش خود قرار دهد.

خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت گذاشته می شود:

سطح یک: پایگاه پزشک خانواده (مطب تطابق یافته پزشک عمومی - مرکز بهداشتی - درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع)

اقدامات این سطح: درمانهای اولیه - تجویز دارو - درخواست خدمات پاراکلینیکی و مشاوره - ارجاع بیماران و پیگیری آنها - ثبت اطلاعات الکترونیکی بیماران.

در این سطح دارو و ویزیت پزشک خانواده رایگان خواهد بود.

سطح دو: واحدی تخصصی در نظام سلامت است که خدمات تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان قرار می دهد و سپس پزشک خانواده ارجاع کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می سازد.

اقدامات این سطح: تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی - درخواست انجام خدمات پاراکلینیکی.

سطح سه: خدمات درمانی و توان بخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری - تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیکی. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده و پزشک خانواده وی قرار می گیرد.

پزشکان متخصص اطفال - داخلی - عفونی و پزشکی اجتماعی می توانند با همان تعرفه پزشک خانواده در طرح پزشک خانواده مشارکت کنند.

پزشکان متخصص که به عنوان پزشک خانواده قرارداد می بندند مجاز نخواهند بود بیماران را از خود (سطح یک) به خود (سطح دو) ارجاع دهند.

سهم بیمه ها در پرداخت هزینه های مراجعین به اورژانس به این شکل می باشد: موارد تحت نظر در اورژانس ۹۰٪ - بستری در بیمارستان

۹۵٪ - مراجعات غیر ضروری به اورژانس ۷۰٪ تعرفه بخش دولتی خواهد بود.

ساعت کار پزشک خانواده ۸ تا ۱۲ صبح و ۴ تا ۸ شب می باشد. کار موظفی پزشک خانواده در هفته ۴۴ ساعت می باشد.

پزشک خانواده موظف است در تمام ساعات بجز ۱۰ شب تا ۷ صبح تلفن ثابت و همراه خود را در اختیار افراد تحت پوشش خود قرار داده و به ارایه مشاوره و راهنمایی لازم اقدام کند.

هر پزشک خانواده در هنگام عقد قرار داد باید پزشک خانواده دیگری را از بین پزشکان همان محله به عنوان جانشین خویش معرفی کند تا در شرایط خاص به جای او، مراجعان تحت پوشش را پذیرفته و خدمات را برابر دستورالعمل به آنها ارائه دهد. نام و نشانی محل کار پزشک جانشین توسط پزشک خانواده به صندوق بیمه مربوطه و ستاد اجرایی شهرستان اعلام و در جایی مناسب نصب و به اطلاع همه افراد تحت پوشش برسد. هر پزشک خانواده می تواند حداکثر به عنوان جانشین دو پزشک خانواده معرفی شود. در هر زمان می تواند فقط جانشین یک پزشک باشد.

استفاده پزشک خانواده از پزشک جانشین بطور میانگین ۲/۵ روز در ماه معادل ۲۰ ساعت کاری با هماهنگی ستاد اجرایی می باشد. در هر نوبت و در هر ۶ ماه نمی تواند بیشتر از ۱۵ روز از پزشک جانشین استفاده کند. در صورتی که به هر علت پزشک خانواده نتواند یا نخواهد بیش از ۱۵ روز در محل کار خود به خدمت بپردازد با هماهنگی ستاد اجرایی از یک پزشک واجد شرایط موقتاً به عنوان جایگزین استفاده خواهد شد.

روزهای تعطیل و ساعات غیر فعال: درمانگاههای فعلی روزها حسب نیاز بعنوان مرکز مجری برنامه پزشک خانواده خدمت خواهند کرد و تابع مقررات پزشک خانواده هستند. در این مراکز به ازاء هر ۳۰ هزار نفر (خارج از ساعات کاری پزشک خانواده و روزهای تعطیل) یک پزشک و دو پرستار/بهبود ارائه خدمت خواهند کرد. در این مراکز حداقل امکانات درمانگاه اورژانس وجود خواهد داشت. اگر بیماری اجازه دسترسی به پرونده سلامت الکترونیک او را نداد، فقط خدمات اورژانس را دریافت می کند. در این ساعات هزینه های خدمات پاراکلینیک، دارو و ویزیت بیماران سهم بیمه برابر ۷۰٪ تعرفه دولتی خواهد بود.

شبکه ارجاع: مجموعه فرایندهایی که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه تعیین می کند. تمام آرایه دهندگان خدمت باید اقدامات خود و نتایج حاصل را رأساً و به طور مستقیم در پرونده سلامت الکترونیک فرد درج کنند.

بیماران خاص برای خدمات درمانی بیماری خاص خود نیاز به ارجاع مکرر نخواهند داشت.

فرم ارجاع: (کاغذی یا الکترونیک) فرمی که مشخصات، مشکل بیمار، مداخلات انجام شده و اقدامات درخواستی در آن ثبت و به استناد آن بیمار به سطوح بالاتر مراجعه می کند.

ارجاع مستقیم پزشک متخصص به پزشک فوق تخصص مقدور نبوده مگر با موافقت پزشک خانواده فرد.

مشاوره درمانی: استفاده پزشک از نظرات تخصصی یا فوق تخصصی، در این زمینه بیمار لزوماً ارجاع نمی شود فقط اطلاعات بیمار به پزشک مشاور منتقل می شود.

مرکز هدایت و راهنمایی بیماران Call center: با داشتن شماره تلفن ۳ یا ۴ رقمی منحصر به فرد در تمام مدت ۲۴ ساعت پاسخگوی تمام سوالات مردم و حل مشکلات بیماران در ارجاع به سطوح بالاتر خواهد بود. (شماره ثابت ۱۵۹۰)

مسافران و ساکنین موقت می توانند خارج از نظام ارجاع با راهنمایی call center به مراکز اورژانس مراجعه کنند. در صورتی که بیمار اورژانسی بود از خدمات کامل استفاده می نماید در غیر اینصورت ۳۰٪ فرانشیز را بیمار و ۷۰٪ آنرا بیمه به پزشک پرداخت خواهد کرد.

تعدادی از برگه های دفترچه آتی بعنوان برگه سفر در نظر گرفته خواهد شد.

به صورت کلی پزشک خانواده، پزشک همه اعضای خانوار یک فرد خواهد بود مگر در مواردی که این امر برای یک یا چند نفر از اعضای خانوار مقدور نباشد. در این موارد با نظر ستاد شهرستان یکی دیگر از پزشکان همان محدوده به عنوان پزشک خانواده فرد مذکور، انتخاب خواهد شد.

تعریف بالینی بیمار اورژانسی: به بیماری گفته می شود که بدون فوت وقت در ارایه خدمات تشخیصی درمانی باید برای او اقدام کرد. سرعت عمل و زمان در ارایه خدمات درمانی برای بیمار نقشی اساسی دارد (نظیر زایمان - سکته قلبی - ضربه مغزی - شکستگی های باز - مسمومیت و)

تعریف عمومی بیمار اورژانسی: هر وضعیتی که باعث شود تا بیمار شخصا و یا توسط افراد دیگر به بخش اورژانس مراجعه کند. تعریف وضعیت اورژانس با تصور شخص بیمار و همراهان او قابل تعریف است.

تمام افراد اگر احساس کنند که وضعیت اورژانس دارند، می توانند به پزشک خانواده خود و یا بدون رعایت نظام ارجاع به مراکز اورژانس مراجعه و پذیرش شوند.

خدمات مربوط به اورژانس ۱۱۵ رایگان می باشد.

معرفی شهرستان بوئین زهرا

شهرستان بوئین زهرا یکی از پنج شهرستان استان قزوین بوده و مرکز آن شهر بوئین زهرا می باشد به گواه تاریخ نویسان محلی قدمت این شهر به ۹۰۰۰ سال قبل برمی گردد. بوئین زهرا در اصل از ۳ کلمه بو+ئین+ زرا تشکیل شده است که به معنای چشمه های جوشان متعلق به الهه پاکی آناهیتا مقدس می باشد. این شهرستان از شمال با شهرستانهای قزوین و تاکستان، از غرب با استان زنجان، از جنوب با استانهای همدان و مرکزی، از شرق با استان تهران و شهرستان الوند همسایه و هم مرز می باشد. گویش اکثریت مردمان آن ترکی و در برخی از شهرها و روستاها به زبان تاتی نیز صحبت می کنند و غالبا به کار کشاورزی و دامپروری مشغول می باشند. از آثار باستانی آن می توان به کاروانسرای شاه عباسی هجیب، آتشکده آراسنج، دفینه های سگزآباد و پل شاه عباسی اشاره کرد.

این شهرستان دارای چهار بخش مرکزی، دشتابی، رامند و شال است. جمعیت این شهرستان بر طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، برابر با ۱۵۵،۸۸۹ نفر بوده است استان قزوین تقریباً زلزله خیزترین استان کشور است و شهرستان بوئین زهرا نیز لرزه خیزترین شهرستان آن محسوب می شود. در سال ۱۳۴۱، زلزله ای در آن رخ داد و ۲۰،۰۰۰ نفر جان باختند. شهرستان بوئین زهرا در درجه اول از نظر پسته و سپس گردو و انگور کشت خوبی دارد. در این شهرستان پیاز و پنبه نیز کشت می شود. البته با توجه به آب و هوای بسیار مساعد بوئین زهرا برای کشت پسته ظرف چند سال گذشته سرمایه گذاریهای بسیار عمده ای توسط بخش خصوصی برای توسعه اراضی زیر کشت پسته در این شهرستان صورت گرفته است. شهر بوئین زهرا در محل تلاقی راه های قزوین به ساوه و کرج به همدان قرار دارد. در شهرستان بوئین زهرا بخشی از طوایف ایل شاهسون نیز زندگی می کنند.

کاروانسرای محمد آباد، کاروانسرای هجیب، منطقه تاریخی سگزآباد، تپه زاغه و تپه قبرستان از دیدنی‌های این شهرستان هستند.

راه‌های شهرستان

جاده آسفالت‌ه بوئین زهرا کرج جاده آسفالت‌ه بوئین زهرا-ساوه جاده آسفالت‌ه بوئین زهرا-قزوین جاده آسفالت‌ه ای که به رزن و تاکستان و ابهر می‌رود جاده آسفالت‌ه سه راه برزنجین-کلنجین-جاده ساوه.

زمین‌لرزه‌های بوئین‌زهرا (قبل از تفکیک آوج و آبگرم)

بوئین‌زهرا منطقه‌ای زلزله‌خیز است و بر روی گسل قرار دارد و تاکنون زمین‌لرزه‌های شدیدی را به خود دیده است که تلفات بسیاری را بر جای گذاشته است که شدیدترین آن مربوط به زمین‌لرزه ۱۰ شهریور ۱۳۴۱ می‌باشد. این زمین‌لرزه‌ها عبارتند از:

- زمین‌لرزه سال ۵۵۶ (تلفات نامعلوم)
- زمین‌لرزه ۱۶ فروردین ۱۲۹۲ (به روایتی ۱۲۰۰ کشته)
- زمین‌لرزه ۱۰ شهریور ۱۳۴۱ (حدود ۱۲ هزار کشته و ۲۷۰۰ زخمی)
- زمین‌لرزه ۱ تیر ۱۳۸۱ (حدود ۲۹۱ کشته و ۱۵۰۰ زخمی)

معرفی بخش‌ها، شهرها و دهستان‌ها:

بخش	شهرها	دهستان
مرکزی	بوئین‌زهرا سگزآباد	دهستان زهرای بالا
		دهستان زهرای پائین
		دهستان سگزآباد
رامند	دانسفهان	دهستان ابراهیم آباد
		دهستان رامند جنوبی
		دهستان یزن
شال	شال	دهستان زین آباد
		دهستان قلعه هاشم
دشتابی	ارداق	دهستان دشتابی شرقی
		دهستان دشتابی غربی

منشور حقوق بیمار در ایران

در ایران منشور حقوق بیمار از طرف معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمستان ۱۳۸۱ به واحدهای بهداشتی درمانی ابلاغ گردید. مراکز بهداشتی - درمانی براساس این دستورالعمل موظف بودند که مفاد منشور حقوق بیمار را در مکان مناسب و قابل رؤیت در مراکز درمانی نصب نمایند

متن این منشور به شرح ذیل می باشد:

۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

۲- بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه ی درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه ی نهایی درمان مشارکت نماید.

۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی، رضایت شخصی خود را در خاتمه ی درمان اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

۶- بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده ی پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می گیرد اطمینان حاصل نماید.

۷- بیمار حق دارد از راز درای پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موکول به کسب اجازه ی بیمار خواهد بود.

۸- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال، و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.

۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوه از ادامه ی همکاری خودداری نماید.

۱۰- بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه ی درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مراکز درمانی مقصد مطلع گردد.

بیانیه رسالت بیمارستان امیرالمومنین (ع)

ما برآنیم تا با تکیه بر الطاف ایزد منان و با رویکرد عدالت محوری و مشتری مداری در راستای تعالی خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی اقدام نموده و از انطباق خدمات ارائه شده با استانداردها و تضمین ایمنی و بهبود مستمر کیفیت خدمات ارائه شده با استفاده از نیروهای مجرب و متخصص اطمینان حاصل نماییم.

چشم انداز بیمارستان امیرالمومنین (ع)

آرمان ما بر این است که با اتکا بر قدرت پروردگار و به مدد ایمان، وحدت کاری و تلاش گروهی کارکنان بیمارستان تا سال ۱۳۹۳ با ارائه خدمات مناسب و بهبود مستمر کیفیت در ردیف بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار قرار گیریم.

معرفی بیمارستان به تفکیک واحدها

- بیمارستان امیرالمومنین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین در مرکز شهرستان بوئین زهرا واقع گردیده است. این بیمارستان با فعالیت در حوزه امور درمانی با تعداد ۶۴ تخت مصوب در خرداد ماه سال ۸۲ به بهره برداری رسیده است.
- علاوه بر بخش اورژانس بخشهای بستری شامل بخش جراحی عمومی، بیماریهای داخلی، بیماریهای زنان و زایمان، اطفال و نوزادان و CCU نیز در این بیمارستان فعال هستند. با توجه به قرار گیری شهر بوئین زهرا در محور ارتباطی استانهای جنوبی و شمالی همچنین استانهای شرقی و غربی کشور این مرکز روزانه شاهد مراجعه تعداد زیادی بیمار ناشی از حوادث رانندگی می باشد. اگر چه بیمارستان در طی فعالیت ۹ ساله خود به موقعیتهایی در زمینه جلب اعتماد شهروندان دست پیدا نموده است ولی تاثیر هنوز به ضریب اشغال تخت مطلوب و مورد انتظار نرسیده است و رسیدن به وضعیت مطلوب مستلزم حمایتهای مسئولین و نهادهای استانی و شهرستانی می باشد.

نوع فعالیت	خدمات درمانی
نوع بیمارستان	جنرال
عرصه	۱۲۰۰۰۰ متر مربع

اعیان	۱۱۰۰۰ متر مربع (در دو طبقه)
سال بهره برداری	۱۳۸۲
نوع بنا	تیرچه بلوک مقاوم در برابر زلزله
سیستمهای تاسیساتی	هواساز ، اکسیژن ساز مرکزی ، واکيوم مرکزی ، چیلر ، زباله سوز، تصفیه فاضلاب ، ژنراتورهای تولید برق
بخشهای درمانی موجود	بخش زایمان ، بخش بستری زنان و زایمان ، بخش جراحی عمومی ، بخش اطفال و نوزادان ، بخش داخلی ، اورژانس ، ICU ، دیالیز ، اتاق عمل-CCU
بخشهای پاراکلینیک	داروخانه (فعالیت شبانه روزی) -آزمایشگاه (شبانه روزی)-رادیولوژی (شبانه روزی) (سونوگرافی (چهار روز در هفته)

بخش اورژانس

شامل: ۱۱ تخت تحت نظر و ۶ تخت سرپایی

اتاقها: ۱- اتاق تحت نظر آقایان ۲- اتاق تحت نظر خانم ها ۳- CPR ۴- اتاق عمل سرپایی

بیماران سرپایی در اسکرین ویزیت شده و اقدامات درمانی در خواست شده از قبیل ECG -تزریقات -پانسمان -بخیه و در اورژانس انجام می گیرد.

بیماران اورژانسی و بد حال مستقیم وارد اورژانس شده و اقدامات در خواست شده انجام می شود و در صورت نیاز به مشاوره یا ویزیت این امر توسط متخصصین مربوطه انجام می گیرد. بیماران حداکثر تا ۲۴ ساعت در اورژانس تحت نظر نگه داشته می شوند. در این فاصله توسط متخصص تعیین تکلیف شده به بخشهای مربوطه منتقل می شوند.

در صورت نیاز بیمار به اقدامات درمانی تخصصی تر به مرکز استان اعزام می شوند. اعزام بیماران توسط آمبولانس به همراه نیروی فنی (پرستار) انجام می گیرد.

شیفتها بصورت صبح ۴ نفر - عصر ۳ نفر - شب ۳ نفر بسته شده در هر شیفت جهت طرح انطباق نیروی خانم و آقا وجود دارد.

در هر شیفت کاری دو آمبولانس آماده ارائه خدمت می باشند که یکی بصورت مقیم و دیگری بصورت آنکال می باشد.

بخش مامایی

بخش زایمان بیمارستان امیرالمومنین (ع) دارای ۱۰ پرسنل مامایی و همچنین دارای سه متخصص زنان می باشد که در هر شیفت کاری دو نفر ماما و یک متخصص زنان در بخش انجام وظیفه می نمایند.

فضای درون بخش دارای:

_ یک اتاق معاینه (ادمیت) می باشد. بیمارانی که بصورت اورژانسی مراجعه می کنند. در اتاق معاینه گرفتن شرح حال و معاینات صورت می گیرد که در صورت نیاز به بستری شدن بیماری در همین اتاق آماده بستری می شود.

_ اتاق لیبر، که دارای سه تخت می باشد و ظرفیت پذیرش سه بیمار را به طور همزمان دارد. اگر بیمار برای سزارین و یا کورتاژ تخلیه ای (D&C) بستری شود در این اتاق برای عمل آماده میشود و از همین اتاق لیبر به اتاق عمل تحویل داده می شود. اما اگر برای زایمان طبیعی بستری شود جهت گذراندن سیر لیبر (فرآیند یک زایمان طبیعی) در اتاق لیبر باقی می ماند و لحظه زایمان به اتاق زایمان منتقل می شود.

اتاق زایمان، دارای دو تخت زایمان می باشد. ظرفیت دو زایمان NVD یا طبیعی همزمان را دارد که بعد از زایمان نوزاد تحویل بخش نوزادان می گردد و مادر دو ساعت پس از زایمان تحویل بخش بستری می گردد.

_ اتاق پره اکلامپسی، دارای یک تخت بستری جهت بیمارانی مذکور می باشد و مجهز به ترالی اورژانس پره اکلامپسی می باشد. در مواقعی که تخته‌های لیبر کاملاً اشغال باشد بیمار جهت بستری در آنجا نیز پذیرش می شود.

یکی دیگر از خدمات بخش زایمان NST یا گرفتن نوار قلب جنین می باشد که برای بیمارانی بستری در اتاق لیبر توسط یک دستگاه و برای بیمارانی سرپایی توسط یک دستگاه دیگر NST که در اتاق پره اکلامپسی می باشد این کار صورت می گیرد

بخش اتاق عمل

بخش اتاق عمل دارای دو اتاق جراحی می باشد که در حال حاضر در آنها جراحی های زنان و جراحی های عمومی و ارتوپدی انجام می شود. که بیمار بعد از عمل جراحی اگر تحت بیهوشی عمومی یا لوکال آنستزی قرار گرفته باشد به ریکاوری منتقل می شود که در آنجا هم تا stable شدن بیمار و آماده ترخیص شدن از ریکاوری تحت مانیتورینگ قرار می گیرد.

این بخش به صورت ۲۴ ساعته پاسخگوی مراجعین محترم می باشد.

تمامی وسایل مورد نیاز جهت انواع جراحی های عمومی و زنان در این بخش موجود بوده و قابلیت پوشش کامل جراحی های انجام شده را دارد.

بخش دیالیز

بخش دیالیز بیمارستان امیرالمومنین (ع) با مساحت ۱۶۰ متر مربع دارای چهار دستگاه دیالیز می باشد که بیماران دیالیزی شهرستان بوئین زهرا و حومه را تحت پوشش دارد. در حال حاضر تعداد بیماران بخش ۲۱ نفر می باشد که این تعداد ثابت نبوده و متغیر می باشد. بخش دیالیز در دو شیفت کاری هر روز به جز جمعه ها فعال می باشد. روز های جمعه و شب ها کشیک به صورت آنکالی می باشد در هر شیفت تعداد ۴ مریض توسط ۲ پرستار طبق ساعت تعیین شده توسط پزشک و محاسبه کفایت دیالیز (KTV) که معمولاً ۳-۴ ساعت می باشد دیالیز می شوند. گاهی بین دو شیفت کاری نیز بیمار تحت دیالیز قرار می گیرد. ویزیت بیماران نیز بصورت روزانه توسط متخصص داخلی انجام می شود. آزمایشات بیماران هر ماه به صورت روتین در اول ماه انجام و به رویت پزشک متخصص می رسد و دستورات دارویی پزشک به اطلاع بیمار رسانده می شود. این بیماران بصورت ماهیانه توسط کارشناس تغذیه ویزیت می شوند و آموزش های لازم در رابطه با تغذیه توسط کارشناس مرتبط و پرسنل بخش صورت می گیرد. در ماه یک روز که جمعه آخر ماه می باشد مختص انجام واشینگ بخش و احیاء دستگاههای تصفیه آب می باشد که توسط یک پرستار و خدمات بخش انجام می پذیرد.

بخش بستری

این بخش شامل ۱۵ اتاق و ۴۷ تخت می باشد که بیماران زنان و زایمان - جراحی مردان و زنان - داخلی مردان و زنان ، کودکان و قلب بستری می شوند.

تقسیم بندی اتاقها بصورت زیر است :

زنان و زایمان	۲ اتاق
جراحی زنان	۱ اتاق
جراحی مردان	۲ اتاق
قلب	۲ اتاق
داخلی زنان	۲ اتاق
داخلی مردان	۲ اتاق
کودکان	۲ اتاق (پنومونی و گاستروانتریت)
ایزوله	۲ اتاق

اتاقها دارای اکسیژن و ساکشن مرکزی می باشند.

شیفتها بصورت صبح ۳ نفر و منشی، عصر ۳ نفر و شب ۳ نفر بسته می شود.

در هر شیفت کاری یک ماما حضور دارد.

در هر نوبت کاری یک خدمات خانم و یک خدمات آقا شیفت هستند.

بخش نوزادان

بخش نوزادان شامل:

اتاق ادمیت: که توسط پنجره ای با زایمان و OR ارتباط دارد و نوزاد متولد شده از آنجا تحویل گرفته می شود. واکسیناسیون - رگ گیری - خونگیری - پروسیجرهای جراحی مثل L.P - ختنه - تعویض خون - گرفتن نمونه سوپراپوبیک - شستشوی معده - CPR در این اتاق انجام می شود.

اتاق سپیس: کنار استیشن پرستاری واقع شده و شامل انکوباتور و کات نوزاد می باشد. نوزادان از بدو تولد تا سن ۲ ماهگی که با مشکلات پنومونی - دیسترس - VTI مراجعه می کنند در این اتاق تحت نظر می مانند.

اتاق فتوتراپی: ۲ اتاق می باشد که شامل یک دستگاه فتو تراپی ۱۶ لامپه - سه دستگاه فتو تراپی ۸ لامپه - ۲ دستگاه فتوتراپی ۴ لامپه می باشد که جهت نوزادان ایکتر مورد استفاده قرار می گیرد.

بخش ICU

بخش سه تخته ICU (یک تخت ایزوله) در سال ۱۳۸۷ مورد بهره برداری قرار گرفت.

دارای سه دستگاه ونتیلاتور، سه دستگاه مانیتور که به مانیتور مرکزی واقع در استیشن پرستاری متصل است. ونتیلاتورها به اکسیژن سانترال وصل هستند. در صورت بروز نقص در اکسیژن سانترال تا برطرف شدن مورد از کپسول های اکسیژن استفاده می شود.

دستگاه ویبریلاتور داخل بخش وجود دارد.

رئیس بخش متخصص بیهوشی است که پذیرش بیمار در ICU با OK متخصص بیهوشی می باشد.

بیماران داخلی، زنان و جراحی در این بخش بستری می شوند.

بیماران بعد از جدا شدن از دستگاه و Stable شدن به بخش بستری منتقل می شوند.

در صورت نیاز به ct اسکن جهت بیماران و مشاوره های خاص به قزوین اعزام می شوند.

تعویض کفش، پوشیدن گان و شستن دست ها قبل از ورود به ICU ضروری است. این بخش بعلت کمبود نیرو فعلا غیر فعال می باشد.

بخش CCU

بخش CCU بیمارستان در سال ۱۳۸۹ با چهار تخت فعال مورد بهره برداری قرار گرفت. ریاست بخش را متخصص قلب و سرپرستاری آن بر عهده کارشناس پرستاری می باشد.

بخش CCU با امکانات:

مانیتورینگ مداوم بیمار، دستگاه تست ورزش، اکو، ECG، D.C شوک، پمپ سرنگ و پمپ انفوزیون و ... قابلیت پذیرش و درمان بیماران با تشخیصهای U.A، ACS، MI و ... را دارا می باشد.

در صورت نیاز به اقدامات تکمیلی مثل آنژیوگرافی و Pace Maker غذای بیماران به مرکز استان اعزام می شوند.

معمولاً تمام تختهای این بخش در اشغال بیماران قلبی می باشد. اما با توجه به فعال نبودن بخش ICU بیمارستان، جهت نجات جان بیماران با کاهش سطح هوشباری و اینتیوبه، یکی از تختهای این بخش با امکان دستیابی به دستگاه ونتیلاتور به این گونه بیماران اختصاص یافته است. در مواقع نیاز تمهیدات لازم جهت خالی یا آماده کردن تخت صورت می گیرد. در ضمن بیماران فوق در حداقل زمان ممکن تعیین تکلیف می شوند.

واحد آزمایشگاه

آزمایشگاه بیمارستان شامل قسمتها و بخشهای مختلف به شرح ذیل می باشد:

۱- قسمت پذیرش: شرح وظایف این بخش عبارتند از: ۱- پذیرش بیماران سر پای و بستری ۲- ثبت مشخصات بیماران روی وسایل آزمایش و دفتر مربوطه و کامپیوتر ۳- راهنمایی بیماران جهت انجام آزمایش ۴- کنترل نمونه های ارسالی از بخشهای مختلف بیمارستان- دریافت جواب آزمایشات و ثبت آن در کامپیوتر ۵- پرینت جوابها جهت ارائه به مسئول فنی جهت تائید نهایی ۶- ارائه رسید به بیماران پس از انجام آزمایش ۷- ارائه جوابهای بیماران پس از تائید نهایی توسط مسئول فنی.

۲- قسمت آزمایشگاه: شامل بخشهای ذیل می باشد :

۱-بخش بیوشیمی: انجام آزمایشات بیوشیمی به صورت دستی واتو میشن -کنترل کیفی آزمایشات -تهیه محلولهای مورد نیاز آزمایش و آزمایش NA/K

۲-بخش هماتولوژی:شامل شمارش سلولی خون ومایعات بدن-تعیین گروه خونی

۳- انگل شناسی: شامل انجام آزمایشات میکروسکوپی استول و ادرار راندم وادرار ۲۴ ساعته و وزن مخصوص ادرار.

۴-بخش هورمون:انجام آزمایشات هورمونی تیروئید و β HCG و آزمایشات عفونی به روش الایزا مانند HBSAg و HIV HCV Ab

۵-بخش میکروب شناسی:انجام آزمایشات کشت روی نمونه های ارسالی شامل ادرار -مدفوع ومایعات بدن وخون آنتی بیو گرام آنها

۶-بخش بانک خون :تهیه فرآورده های خونی و پلاسمایی مانند پک سل و ffp و کرایو و کراس مچ فرآورده ها در صورت نیاز بخش.

۷-بخش پاتولوژی :که در این بخش فقط سیتو لوژی لام های پاپ اسمیر انجام می گردد.

۳-قسمت شستشو و نظافت :

در این قسمت شستشو واستریلیزاسیون لوله ها وظرفهای آلوده انجام می گردد و وسایل مورد نیاز جهت بخشهای مختلف بیمارستان تامین می شود-نظافت کف وسکوهای آزمایش آزمایشگاه قبل وبعد از انجام آزمایش -دفع پسماند های عفونی آزمایشگاه.

واحد رادیولوژی

مجهز به دو دستگاه جهت انجام عکسبرداری از مراجعین محترم می باشد.

یک دستگاه مرکزی که قابلیت انجام کلیه گرافی های ساده وتعدادی از گرافی های رنگی مثل باریم انا -ترانزیت و IVP را دارد.

گرافی هایی که نیاز به آمادگی (۸-۶ ساعت ناشتایی -استفاده از روغن کرچک وقرص دایتمیکون و بیزاکودیل) دارند شامل باریم انعا -

IVP و باریم میل -SacrilIac.-ThoRASIC-LUMbar-L.S-

یک دستگاه پر تابل که دامنه کاربرد آن محدود تر بوده ومختص بیمارانی است که محدودیت حرکت دارند از قبیل (CBR-تروما

وبیماران بستری در بخشهای ویژه (ICU-CCU-OR)

تجهیزات موجود در این مرکز پاسخگوی نیازهای بیمارستان بوده ودر صورت نیاز به اقدامات پاراکلینیکی دیگر از قبیل MRI وCT

و...برای انجام این امور با مرکز درمانی شهر قزوین هماهنگی لازم انجام می شود.

واحد داروخانه

واحد داروخانه بیمارستان بصورت شبانه روزی فعالیت می کند. مسول فنی این واحد دکترای داروساز می باشد. که با توجه به وجود دو داروساز در بیمارستان امکان دسترسی به ایشان طبق برنامه آنکالی در صورت نیاز به صورت ۲۴ ساعته وجود دارد.

در شیفت صبح دو نیرو به همراه مسول فنی داروخانه را اداره می کنند. یک نیرو وظیفه انبار گردانی و تحویل داروهای بخشها را طبق برنامه هفتگی بر عهده دارد.

داروها و تجهیزات موجود در داروخانه جوابگوی بیماران سرپایی و بستری بیمارستان می باشد.

داروهای نارکوتیک تحت نظارت مسول فنی داروخانه، بعد از دریافت فرم تکمیل شده و رویت پوکه الصاقی به آن آمپول نارکوتیک معادل تعویض می گردد.

واحد پذیرش و ترخیص

واحد پذیرش در مقابل درب ورودی ساختمان بیمارستان، در مجاورت واحدهای پاراکلینیکی و درمانگاه تخصصی واقع شده است. موقعیت قرار گیری این واحد، راهنمایی صحیح مراجعه کنندگان و سهولت دسترسی آنها به واحد صندوق را- با توجه به واحدهای فوق - فراهم می سازد.

-تشکیل پرونده با توجه به بخش در خواست شده توسط متخصص مربوطه (برگه تشکیل پرونده ی مهر شده توسط متخصص مربوطه یا پزشک عمومی جهت اورژانس)

-صدور قبض جهت واحدهای پاراکلینیکی، درمانگاه تخصصی و اورژانس

-انجام تسویه حساب پرونده بیماران بستری اورژانس و اعزامها در شیفت عصر و شب بر عهده ی این واحد می باشد.

تمام فرآیند ترخیص در شیفت صبح توسط واحد ترخیص انجام می شود.

با توجه به تراکم مراجعه کنندگان در شیفت صبح، جهت تسریع ارائه خدمات به مراجعه کنندگان ، این واحد در شیفت صبح دو نفره و در شیفت عصر و شب تک نفره می باشد.

نق

راهنمای نقشه بیمارستان امیرالمومنین (ع)

۱- ریاست	۲۵- پذیرش درمانگاه تخصصی	۴۹- اتاق ایکنتر
۲- مدیریت	۲۶- درمانگاه زنان	۵۰- اتاق Sepsic
۳- مترون	۲۷- درمانگاه قلب	۵۱- اتاق عمل ۱
۴- دفتر پرستاری	۲۸- مطب پزشک عمومی	۵۲- اتاق عمل ۲
۵- کارگزینی	۲۹- درمانگاه داخلی	۵۳- ریکاوری
۶- دبیر خانه	۳۰- درمانگاه جراحی	۵۴- اتاق زایمان
۷- انفورماتیک	۳۱- درمانگاه اطفال	۵۵- تحت نظر
۸- امور مالی	۳۲- سونوگرافی	۵۶- اتاق معاینه
۹- انبار	۳۳- درمانگاه روان پزشک	۵۷- اتاق پره اکلامپسی
۱۰- نماز خانه	۳۴- درمانگاه ارتوپد	۵۸- CSR
۱۱- دفتر بهبود کیفیت	۳۵- رادیولوژی	۵۹- ICU
۱۲- مدارک پزشکی	۳۶- اتاق کنترل	۶۰- CCU
۱۳- حراست	۳۷- اتاق ظهور فیلم	۶۱- تست ورزش
۱۴- تغذیه	۳۸- تاسیسات	۶۲- اکو
۱۵- فضای سبز	۳۹- راهروی زیرزمین	۶۳- مهد کودک
۱۶- بخش دیالیز	۴۰- اتاق تحت نظر	۶۴- بخش بستری زنان
۱۷- ایستگاه پرستاری	۴۱- مطب پزشک عمومی	۶۵- بخش بستری مردان
۱۸- ترخیص	۴۲- اتاق تزریقات	۶۶- اسناد پزشکی
۱۹- داروخانه	۴۳- اتاق نوار قلب	۶۷- تدارکات
۲۰- پذیرش آزمایشگاه	۴۴- اتاق CPR	۶۸- کتابخانه
۲۱- آزمایشگاه	۴۵- اتاق عمل سرپایی	۶۹- اتاق شبکه
۲۲- پذیرش	۴۶- آبدارخانه	۷۰- تلفنخانه
۲۳- اطلاعات	۴۷- تربیمنت	۷۱- اتاق برق
۲۴- بانک رفاه	۴۸- اتاق ادمیت	

ایمنی بیمار

هر روزه تعداد بسیار زیادی از بیماران در بیمارستان‌های جهان بطور ایمن مورد مداوا و معالجه قرار می‌گیرند اما با ارتقای دانش و تکنولوژی در دهه های اخیر ارائه خدمات درمانی بسیار پیچیده تر گردیده است. بالطبع در چنین شرایطی احتمال ایجاد خطر در ارائه خدمات درمانی افزایش یافته و مستندات تجربی نیز نشان دهنده این است که تعداد بیمارانی که به علت خطاهای پزشکی دچار عارضه می‌گردند غیرقابل چشم پوشی می‌باشد. بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار بعنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف به شمار می‌رود و تعدادی از کشورهای توسعه یافته در این زمینه بعنوان پیشاهنگ عمل می‌نمایند. مدل هفت گام ایمنی بیمار در جهت ایجاد یک محیط ایمن تر جهت ارائه خدمات ایمنی در پیشینه تحقیق و مستندات نظام سلامت کشورهای توسعه یافته بعنوان یک الگوی ساختاری مورد استفاده قرار گرفته است. استقرار این مدل به سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت نیز در تحقق معیارهای حاکمیت بالینی، مدیریت خطر و ارتقای کیفیت نیز کمک می‌نماید.

مدل هفت گام ایمنی شامل: استقرار فرهنگ ایمنی، تعهد و حمایت مدیریت ارشد از مقوله ایمنی بیمار، استقرار مدیریت خطر و استفاده از اصول آن در کلیه فعالیت‌ها، تشویق در گزارش وقایع، استفاده از نظرات و تجربیات بیماران و جامعه در مقوله ایمنی بیمار، ارتقای فرآیند یادگیری و به اشتراک گذاشتن تجربیات و درس‌های حاصله از آن بین سازمان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی و استفاده از روش‌های مناسب جهت جلوگیری از خطاهای پزشکی می‌باشد.

نه (۹) راه حل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد.

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. شناسایی بیمار

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸. استفاده یکبارمصرف از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست

• شاخصهای ایمنی بیمار Patient Safety Indicators

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پایش می کنند. با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

۱- عوارض بیهوشی

۲- مرگ در گروههای تشخیصی (DRG) با احتمال مرگ پایین

۳- زخم بستر

۴- شکست در نجات بیمار

۵- جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی

۶- پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی

۷- عفونت انتخابی به دلیل مراقبت درمانی

۸- شکستگی لگن بعد از عمل جراحی

۹- هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی

۱۰- اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل جراحی

۱۱- نارسایی تنفسی بعد از عمل

۱۲- آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی

۱۳- عفونت خون بعد از عمل جراحی

۱۴- جدا شدن زخم بعد از عمل جراحی در بیماران جراحی شکمی و لگنی

۱۵- پارگی و سوراخ شدگی تصادفی

۱۶- واکنش ناشی از انتقال خون

۱۷- آسیب حین تولد- آسیب به نوزاد

۱۸- ترومای زایمان طبیعی با ابزار

۱۹- ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار

۲۰- ترومای زایمان - سزارین

تزریقات ایمن

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز دارو ها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استاندارد های درمانی ، خطرات بالقوه و بالفعلی را برارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه اعمال می نماید . بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه و در حال گذرسالیانه ۱۶۰۰۰ میلیون تزریق با هدف اقدامات درمانی و یا بهداشتی تجویز می شود (بطور میانگین ۳/۴ تزریق به ازای هر فرد). ۵-۱۰ درصد تزریقات به منظور بهداشتی و ۹۰ درصد تزریقات به منظور درمانی تجویز می شوند این درحالیست که اکثریت این تزریقات غیر ضروری می باشند . بر اساس مدل های ریاضی سازمان جهانی بهداشت که در کشورهای در حال توسعه و در حال گذر در سال ۲۰۰۰ میلادی انجام شده است ، ابتلاء ۲۲ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هپاتیت B (یک سوم کل این بیماری در جهان) ، ابتلاء ۲ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هپاتیت C (۴۰ درصد کل این بیماری در جهان) و ۲۶۰۰۰۰ مورد از موارد جدید مبتلایان به ایدز (۵ درصد کل این بیماری در جهان) را به استفاده مجدد از سر سوزن های مصرف شده ارتباط می دهند ، بر اساس همین مطالعات مهمترین عامل شیوع هپاتیت B و C وایدز وسایر بیماریهای ویروسی منتقله از راه خون از طریق استفاده مجدد یا استفاده مشترک سرسوزنهای صورت می گیرد . میزان تزریقات غیر ایمن از ۱۵٪ در منطقه اروپای شرقی تا ۵۰٪ در قاره آسیا متفاوت است . شواهد مؤید این مسئله است که مرگ و میر و معلولیت ناشی از تزریقات غیر ایمن تا حد زیادی قابل پیشگیری است .

ازمهمترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی صدمات ناشی از فرورفتن سر سوزن بدست (Stick Needle) کارکنان بهداشتی درمانی می باشد ، که در ۶۱٪ موارد با سوزنهای توخالی ۲۹٪ موارد در اثر آنژیوکت های پروانه ای صورت می پذیرد .

* بطور کلی جراحات ناشی از Needle Stick در سه حالت ذیل رخ می دهد :

۱- ضمن درپوش گذاردن سرسوزن .

۲- انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ بداخل لوله های آزمایش .

۳- دفع نامناسب وسایل درمانی تیزو برنده مصرف شده .

لازم به ذکر است که بر اساس نتایج بررسی آماری واکسیناسیون کارکنان خدمات بهداشتی درمانی بر علیه هپاتیت B در کاهش صدمات ناشی از Needle Stick درآنان بسیار مؤثر بوده است.

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

۱- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.

۲- به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.

۳- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

ایمنی تزریقات بر ۵ محور بنیادی ذیل صورت می پذیرد:

• انجام تزریقات، فلوتومی، دن لانست، تزریقات داخل وریدی و یا انفوزیون براساس استاندارد ها بمنظور کنترل و پیشگیری از بروز عفونت و آسیب به بیماران.

• کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی بمنظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده (وسایل تیز و برنده شامل کلیه ی وسایل تیز مصرف شده ونشده ی تمیز نظیر بیستوری، آنژیوکتها، شیشه های شکسته سرم، گایدهای جراحی، پنس های شکسته، سرسوزن و... می باشد).

• افزایش سطح ایمنی کارکنان در ضمن کار با وسایل تیز و برنده درمانی.

• جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی پسماندهای آلوده و پرخطر.

• تغییر رفتار و نگرش اجتماعی مددجویان و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی.

(۱) بهترین روش مورد توصیه برای انجام تزریقات، فلوتومی، زدن لانست و تزریقات داخل وریدی و یا انفوزیون جهت کنترل و پیشگیری از عفونت و صدمه به بیمار و کارکنان:

(۱-۱) استفاده از وسایل استریل:

(۱-۱-۱) برای هر تزریق از یک سرنگ استریل یکبار مصرف جدید استفاده کنید.

(۱-۱-۲) از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید برای هر بار تلقیح هر واحد واکسن و یا تزریق دارو استفاده کنید.

(۱-۱-۳) قبل از استفاده از سرنگ و سرسوزن به تاریخ انقضای آن توجه نمایید و بسته بندی سرنگ و سر سوزن را به لحاظ وجود پارگی و صدمه مورد بررسی قرار دهید.

(۱-۲) از آلودگی وسایل، داروها و مایعات وریدی پیشگیری نمایید.

(۱-۲-۱) درروی یک میز و یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن با خون، مایعات بدن و یا سوآب های کثیف وجود ندارد وسایل تزریق را آماده نمایید

(۱-۲-۲) هیچگاه سر سوزن را در سر سرنگ بجای نگذارید

(۱-۲-۳) حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.

(۱-۲-۴) در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از ویال از سر سوزن استریل استفاده کنید.

۵-۲-۱) در هنگامی که سر آمپول را اصطلاحاً می شکنید ، با قراردادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول ، انگشتان را از آسیب و صدمه محافظت نمائید.

۶-۲-۱) قبل از اقدام به تزریق به بیمار کلیه داروهای تزریقی محلول و سرم های وریدی را از لحاظ کدورت ، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر گونه مغایرت آنها را به نحو صحیح دفع نمائید .

۱-۲-۷) توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده ، ذخیره سازی (به ویژه لزوم رعایت زنجیره سرد) و جابجایی دارو بکار گیرید.

۸-۲-۱) در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل آن را به نحو صحیح دفع نمائید.

۹-۲-۱) از تمیزی ظروف مخصوص فلبوتومی که قابلیت استفاده مجدد را دارند مطمئن شوید

۱۰-۲-۱) قبل از آماده کردن دارو و تزریق آن دستها را با آب و صابون بشوئید و یا با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکل ضد عفونی کنید . در صورتی که مابین تزریقات دست ارائه کننده خدمت کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است .

۱۱-۲-۱) از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی (وجود عفونت موضعی ، ضایعات و درماتیت پوستی و یا بریدگی) اجتناب نمائید .

۱۲-۲-۱) استفاده از سوآب آغشته به ماده ضد عفونی یا آنتی سپتیک جهت پاک کردن سر ویال یا آمپول الزامی نمی باشد . در صورت نیاز از سوآب تمیز یکبار مصرف با توجه به زمان تماس مورد توصیه استفاده نمائید . از استفاده از گلوله های پنبه آغشته به ماده ضد عفونی موجود در ظرف پنبه الکل اجتناب نمائید .

۱۳-۲-۱) از کاربرد ماده آنتی سپتیک در زمان آماده نمودن واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمائید.

۱۴-۲-۱) قبل از تزریقات داخل عضلانی ، زیر پوستی و داخل پوستی و زدن لانتست در صورتی که موضع تزریق بصورت مشهود کثیف می باشد ، پوست را بشوئید . در صورتی که پوست موضع تزریق تمیز است ، استفاده از سوآب ضروری نمی باشد. در صورت نیاز ، از سوآب تمیز یکبار مصرف با توجه به زمان تماس مورد توصیه استفاده نمائید . از استفاده از گلوله های پنبه آغشته به ماده ضد عفونی موجود در ظرف پنبه الکل اجتناب نمائید. در زمان آماده نمودن واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح از کاربرد ماده آنتی سپتیک اجتناب نمائید .

۱۵-۲-۱) بمنظور آماده سازی پوست قبل از انجام فلبوتومی ، تزریقات وریدی ، ایجاد راه وریدی و انفوزیون موضع تزریق را با استفاده از یدوفر، الکل ۷۰٪، کلر هگزیدین ۲٪، تنتور ید تمیز کنید. خشک شدن پوست قبل از تزریق ضروری است .

۱۶-۲-۱) جهت ورود سر سوزن بداخل سیستم وریدی متصل به بیمار فقط از پورت تزریق استفاده کنید . برای ورود سر سوزن بداخل سیستم وریدی متصل به بیمار محل ورود سر سوزن بداخل سیستم را با استفاده از یدوفر، الکل ۷۰٪، کلر هگزیدین ۲٪ ، تنتور ید تمیز کنید.

۲) راهکارهای موثر جهت کاهش رفتار پرخطر کارکنان خدمات بهداشتی درمانی :

۱-۲) ارتقاء سطح آگاهی و کسب مهارت کارکنان بهداشتی درمانی به ویژه شاغلین حرف پزشکی، پرستاری، امور تشخیصی، خدمات درمانی پیش بیمارستانی، گروههای خدماتی پشتیبان، در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی به منظور پیشگیری از بروز جراحات ناشی از سر سوزن و سایر وسایل تیز و برنده امری ضروری است. بنابر این کارکنان بهداشتی درمانی بایستی در خصوص چگونگی پیشگیری از صدمات ناشی از وسایل مزبور و نیز اقدامات درمانی و پیشگیرنده اولیه با مواد آلوده مطابق با دستورالعمل ایمنی "الف" و "ب" بصورت مداوم آموزش ببینند.

۲-۲) تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان علیه HBV جهت کلیه کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در واحد هایی که کارکنان با توجه به نوع وظایف محوله واحدی یا فردی الزاماً اقدامات پر خطر دارند، مانند: بخش های ویژه، اطاق عمل اورژانس، کلینیک های تشخیصی، مطب ها و کلینیک های خصوصی، واحد های پاتولوژی، اتوپسی، CSR، مراکز جراحی محدود، واحدهایی که ترانسفوزیون خون انجام می دهند، کارکنانی که پروسیجرهای درمانی تهاجمی را انجام و یا در تماس با خون، سرم و سایر ترشحات آلوده بیماران می باشند و یا از بیماران روانی حاد مراقبت می نمایند، کلیه کارکنان بخش خدمات بیمارستان که بصورت مستقیم و یا غیر مستقیم با پسماند های بیمارستانی تماس دارند و نیز کلیه دانشجویان پزشکی، پرستاری و مامایی الزامی است.

۳) افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی با توجه به احتمال آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی از طریق انجام پروسیجرهای پر خطر که منجر به Needle Stick، بریدگی و... می شود.

۱-۳) الزامیست که ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کند: نظیر needle clipper و فورسپس جهت جدا نمودن تیغ جراحی از اسکالپل در دسترس کاربران ابزارهای پر خطر قرار گیرد.

۲-۳) الزامیست وسایل حفاظتی مناسب نظیر دستکش، گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند پلاستیکی، ماسک و عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی درمانی متناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای درمانی در دسترس باشد.

۳-۳) الزامیست بیمارستان دارای استاندارد اقدامات پرخطر درمانی بمنظور پیشگیری از آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی باشد (نظیر استانداردهای رعایت بهداشت دست و...).

۴-۳) در صورت امکان با بکارگیری تکنولوژی جدیداز سرسوزن و سرنگ هایی استفاده نمائید که بنحوی طراحی شده اند که از استفاده مجدد سرسوزن و یا فرو رفتن آن بدست ارائه کننده خدمت ممانعت می نمایند. سرنگ های AD مانع از استفاده مجدد سرنگ شده و استفاده از آن درواکسیناسیون الزامی است. توصیه می شود استفاده از سرنگ های ایمن همانند واحدهای ایمن سازی در سایر واحد های تزریقات نیز بکار گرفته شود.

۴- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پر خطر.

۱-۴) جمع آوری، نگهداری و دفع سر سوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت، بیستوری، لانس، اسکالپ وین، ویال های شکسته و...) که الزامیست بلافاصله پس از مصرف در ظروف ایمن جمع آوری و سپس به یکی از صور استاندارد امحاء و بی خطر سازی پسماند های خطرناک بهداشتی درمانی تبدیل به پسماند شبه خانگی شده و همراه با سایر پسماندهای بیمارستانی به نحو مطلوب دفع گردند.

۲-۴) ضروری است ظروف جمع آوری پسماند های نوک تیز و برنده مستحکم، غیر قابل نفوذ، دهانه گشاد، دارای قفل و ضامن، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.

۳-۴) به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن دفع گردند ، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات در کلیه واحد های ذیربط قرار داشته باشند مثلاً در سایز کوچک در روی ترالی تزریقات و یا در اتاق درمان ، اتاق تزریقات و...) .

۴-۴) استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون "احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی " به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیشگیری از آلودگی آنان الزامی است .

۴-۵) به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی ، در صورتی که حداکثر ۳/۴ حجم ظروف مزبور پر شده باشد ، ضروری است درب ظروف به نحو مناسب بسته و دفع شوند .

۴-۶) ظروف ایمن حاوی پسماندهای نوک تیز و برنده و پسماندهای عفونی را جهت انتقال به اتاقک موقت نگهداشت پسماندها مهر و موم نمائید . بعد از مهر و موم ظروف ایمن محتوی پسماند های نوک تیز و برنده از باز کردن ، تخلیه ظروف و استفاده مجدد و فروش سر سوزن و سرنگ داخل آن اجتناب نمائید .

۴-۷) وجود این ظروف در کلیه واحد های بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی در محل ارائه خدمت الزامی است .

(۵) - تغییر رفتار و نگرش اجتماعی :

۱-۵) آموزش: ضروریست بمنظور تعدیل تجویز دارو به روش تزریقی ، با توجه به سه مورد ذیل ایمنی تزریقات در برنامه آموزش مداوم جامعه پزشکان قرار گیرد :

۱-۱-۵) از تجویز دارو به روش تزریقی تا زمانی که دارو به دیگر اشکال از جمله خوراکی موجود نباشد ، حتی الامکان اجتناب گردد.

۲-۱-۵) ترجیحاً زمانی از روش تزریقی به جای سایر روشها استفاده گردد که بیمار تحریک پذیر ، بیهوش و یا دچار اختلالات گوارشی باشد .

۳-۱-۵) با توجه به وضعیت بالینی بیمار نتایج درمانی مطلوب ناشی از جذب سریع دارو مورد انتظار باشد .

۲-۵) الزامی است ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص خطرات بالقوه ناشی از مصرف دارو به روش تزریقی بمنظور کاهش تقاضای بیماران در برنامه ریزیهای آموزشی دانشگاه قرار گیرد .

۳-۵) برگزاری دوره آموزشهای توجیهی جهت کادر خدمات پشتیبانی و سایر گروه های بهداشتی درمانی ضروری می باشد .

• دستورالعمل ایمنی الف-اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن و وسایل تیز و برنده در کارکنان بهداشتی درمانی

با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCV/HBV محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

۱) جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند .

۲) پس از تزریق از گذراندن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمودن خون جهت ABG یا کشت خون.

۳) از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.

۴) در موارد ضروری جهت گذراندن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده نمائید و یا از یک دست جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.

۵) جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.

۶) از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستون، سرسوزن و ...) اجتناب نمائید.

احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:

۱) در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد، الزامی است از دستکش استفاده شود و موضع با پانسمان ضدآب پوشانده شود.

۲) جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.

۳) در صورتی که احتمال ترشح خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.

۴) در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضدآب ضروری است.

۵) در صورتی که کارکنان دچار آگزا و یا زخمهای باز می باشند، معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است.

*** دستور ایمنی ب - کمکهای اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی - درمانی**

با توجه به اینکه جراحات و اتفاقات عمده در حین انجام اقدامات و روش های درمانی شامل موارد ذیل است، کمک های اولیه فوری مطابق با دستورالعمل جهت بهره برداری اعلام می شود:

- فرورفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی
- پاشیدن شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به:

۱) بریدگیهای باز

۲) ملتحمه (چشمها)

۳) غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)

۴) گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

الف: کمک های اولیه فوری

(۱) شستشوی زخم با صابون و آب ولرم

(۲) خودداری از مالش موضعی چشم

(۳) شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی.

ب- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی.

ج- ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و تشکیل پرونده بهداشتی کارکنان و اطلاع به مدیر و مسئول مرکز و طرح در کمیته کنترل عفونت بیمارستانی و پی گیری از طریق مراجع مربوطه

د- تشکیل پرونده و پی گیری مورد.

ه- بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان: در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار-مددجو) با عفونت HIV محرز شود، الزامی است فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ساعت اول تحت مراقبت های درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد.

و- در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده HBV/HIV می باشد، ۵-۱۰ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود.

ز- پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع، ۵-۱۰ میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت C/B و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد.

برنامه کنترل عفونت

عفونت بیمارستانی (Nasocomial Infections) به عفونتی اطلاق می شود که بیمار در زمان بستری بودن به آن دچار نبوده و ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آنکه در دوره کمون آن هم نبوده باشد. عفونت های بیمارستانی یک مشکل جدی مراکز بهداشتی درمانی می باشند و هرساله هزینه های زیادی را به بیماران و مراکز بهداشتی درمانی تحمیل می کنند. در حال حاضر در کشورهای پیشرفته میزان این عفونت ها حدود ۱۰٪ موارد بستری و در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۵٪ تخمین زده می شود. میزان عفونت بیمارستانی در یک مرکز بهداشتی درمانی نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در آن مرکز می باشد.

تعاریف انواع عفونت های بیمارستانی براساس نظام مراقبت مراکز پیشگیری و کنترل بیماری ها

عفونت محل عمل جراحی (Surgical Site Infection : SSI)

عفونت ناشی از عمل جراحی که طی ۳۰ روز پس از جراحی، یا طی یکسال پس از جراحی ایمپلنت (کارگذاری جسم خارجی) اتفاق بیفتد عفونت سطحی ناشی از برش جراحی (Superficial Incisional SSI) باید حداقل یکی از موارد ذیل را شامل شود :

- خروج ترشح چرکی از پوست بافت زیر جلدی قسمت بالای لایه فاسیا
- جدا شدن ارگانیسم به روش غیر عفونی از مایع یا بافت حاصل از برش سطحی که در ابتدا بسته شده بود
- باز کردن برش سطحی به طور عمدی توسط جراح، مگر آنکه نتیجه کشت منفی باشد
- تشخیص عفونت زخم توسط جراح یا پزشک مربوطه

عفونت عمقی ناشی از برش جراحی باید حداقل یکی از موارد زیر را شامل شود :

- خروج ترشح چرکی از برش عمقی مانند فاسیا و عضله
- باز شدن خودبخود برش عمقی (زخم) یا باز شدن آن به طور عمدی توسط جراح در زمانی که بیمار تب و یا درد یا حساسیت موضعی دارد، مگر اینکه نتیجه کشت منفی باشد
- آبنس یا سایر شواهد عفونت برش عمقی که حین معاینه مستقیم، جراحی مجدد، یا توسط بررسی آسیب شناسی بافتی یا رادیولوژی رویت شود
- تشخیص عفونت زخم توسط جراح یا پزشک مربوطه.

عفونت عمل جراحی عضو / فضا

عفونت عضو / فضا که در زیر محل برش جراحی قرار گرفته و حین جراحی، باز یا دستکاری شده است و حداقل یکی از موارد زیر را دارا باشد :

- خروج ترشح چرکی از درنی که توسط جراحی و چاقو (Stab Wound) در عضو / فضا کار گذاشته شده است.
- جدا شدن ارگانیسم به روش غیر عفونی از کشت مایع یا بافت آن عضو / فضا
- آبنس یا سایر شواهد عفونت عضو / فضا حین معاینه مستقیم، حین جراحی مجدد یا براساس بررسی آسیب شناسی بافتی یا رادیولوژی
- تشخیص عفونت توسط جراح یا پزشک مربوطه

عفونت دستگاه گردش خون (Bloodstream infection : BSI)

عفونت گردش خون تایید شده توسط آزمایشگاه که در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته و در دوره نهفتگی آن نیز قرار نداشته و حین یا بعد از اقامت در بیمارستان رخ داده است، و یکی از موارد زیر را دارا می باشد :

- جدا شدن پاتوژن های شناخته شده از کشت خون و عدم ارتباط پاتوژن با عفونت در کانون دیگر، یا جدا شدن پاتوژن مرتبط با وسیله داخل عروقی (عفونت اولیه گردش خون) یا مرتبط با عفونت بیمارستانی در کانون دیگر (عفونت ثانویه گردش خون).
- تب، لرز یا افت فشار خون و جدا شدن ارگانیسمی که به طور شایع پوست را آلوده می کند از دو نمونه کشت خون، یا از یک نمونه کشت خون در بیماری که وسیله داخل عروقی دارد به شرط آنکه پزشک درمان مناسب با آنتی بیوتیک را برای وی شروع

کند یا مثبت شدن آزمون آنتی ژن نمونه خون.

عفونت دستگاه ادراری

عفونت ادراری علامت دار

عفونت در زمان پذیرش در بیمارستان وجود نداشته و در دوره نهفتگی نیز نبوده و یکی از موارد زیر را دارا باشد :

- تب، احساس فوریت در ادرار کردن (Urgency)، تکرر یا سوزش ادرار یا حساسیت ناحیه سوپراپوبیک و کشت ادرار مثبت با شمارش کلونی مساوی یا بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ در هر میلی لیتر ادرار و بدست آمدن حداکثر دو نوع ارگانیسم از نمونه ادرار.
- وجود دو علامت از علائم فوق، همراه با پیوری، یا آزمون نیترات یا لکوسیت استراز مثبت، یا رنگ آمیزی مثبت گرم، یا انجام دو نمونه کشت ادرار و جدا شدن ارگانیسم در هر دو نمونه با شمارش کلونی معادل یا بیشتر از ۱۰۰ هزار در هر میلی لیتر ادرار، یا یک کشت ادرار با کلونی معادل یا کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در هر میلی لیتر ادرار در مواقعی که پزشک معالج درمان مناسب آنتی بیوتیک را برای بیمار آغاز کند، یا تشخیص یا درمان مناسب عفونت توسط پزشک.

باکتریوری بدون علامت

وجود یکی از موارد ذیل :

- کشت ادرار با شمارش معادل یا بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ کلونی در هر میلی لیتر ادرار و حداکثر دو نوع ارگانیسم از نمونه ادرار بیماری که کاتتر متمکن ادراری داشته ولی فاقد علامت بالینی است، جدا شود.
- وجود دو کشت ادرار با شمارش کلونی معادل یا بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ در هر میلی لیتر ادرار و جدا شدن همان ارگانیسم در بیماری که طی ۷ روز گذشته کاتتر متمکن ادراری نداشته و فاقد علامت بالینی است.

پنومونی

عفونت در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته و در دوره نهفتگی خود نیز نبوده است، و یکی از موارد ذیل را شامل می شود :

- وجود رال یا ماتیتیه حین دق کردن قفسه سینه و پیدایش خلط چرکی جدید، یا جدا شدن پاتوژن از کشت خون، نمونه ترانس تراکئال، نمونه بیوپسی یا شستشوی برونش.
- پیدایش ارتشاح ریوی، تراکم، حفره یا مایع پلور جدید در عکس سینه و وجود یکی از شاخص‌های اشاره شده در فوق، یا آزمون تشخیصی مستقیم مثبت یا سرولوژی مثبت از لحاظ وجود پاتوژن تنفسی یا تشخیص پنومونی براساس شواهد آسیب شناسی بافتی.

اهمیت عفونت بیمارستانی

عفونت‌های بیمارستانی از چند جنبه حائز اهمیت می‌باشند :

- مرگ و میر و ناخوشی بیماران
- افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان
- افزایش هزینه های ناشی از طولانی شدن اقامت بیماران، اقدامات تشخیصی و درمانی

بررسی‌ها از سال ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۵ میلادی نشان داده اند که در آمریکا به ازای هر ۱۰۰ مورد پذیرش بیمارستانی، ۵/۷ مورد عفونت بیمارستانی رخ می‌دهد و لذا سالیانه حداقل ۲/۱ میلیون عفونت بیمارستانی در آن کشور اتفاق می‌افتد و به نظر می‌رسد در تمام نقاط دنیا موارد عفونت بیمارستانی حداقل به همین اندازه با اهمیت باشد.

گفته می‌شود که شیوع عفونت بیمارستانی در آمریکا و اروپا، ۵ تا ۱۰٪ بوده و این رقم در بعضی از بخش‌ها مانند بخش مراقبت‌های ویژه یا ICU به ۵۰٪ نیز می‌رسد. مطالعات در آمریکا (طبق آمار سال ۱۹۹۹، میزان مرگ و میر بالغ بر ۹۰/۰۰۰ مورد در سال بوده است) ۰ نشان داده اند که عفونت بیمارستانی سالیانه به طور مستقیم به مرگ ۱۹/۰۰۰ نفر و به طور غیرمستقیم به مرگ ۵۸/۰۰۰ انسان منجر می‌گردد. مرگ و میر به دنبال ابتلا به عفونت گردش خون، ۲۵ تا ۵۰٪ و به دنبال پنومونی ۷ تا ۲۷٪ است. در آمریکا عفونت بیمارستانی همچنین باعث اتلاف هزینه ای معادل ۴/۵ بیلیون دلار در سال شده و طول مدت بستری بیمار در بیمارستان ۴ روز افزایش می‌یابد.

در ایران، آمار دقیقی در مورد شیوع عفونت بیمارستانی و عوارض جانی و مالی حاصله در دست نیست ولی به چند مطالعه انجام شده، اشاره می‌گردد. براساس مطالعاتی که در خصوص میزان شیوع و بروز عفونت بیمارستانی در ایران بدست آمده است می‌توان چنین نتیجه گیری نمود که میزان بروز این عفونت‌ها در حد بالایی قرار دارد. در مطالعه ای که در قزوین در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت، میزان عفونت بیمارستانی در بیمارستان‌های آموزشی ۶/۸۱٪ گزارش گردید.

مطالعه دیگری در شیراز در سال ۱۳۷۷، بروز این عفونت‌ها را ۳/۵۶٪ برآورد نمود. همچنین در سال ۱۳۷۸ در شیراز، براساس عوامل خطر بیماران، میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی در یک بیمارستان شرح داده شد. در این مطالعه، میزان بروز عفونت زخم جراحی از ۱/۵ تا ۴۰، پنومونی از ۶/۳ تا ۴۰، عفونت ادراری از صفر تا ۶/۹ و عفونت دستگاه گردش خون از صفر تا ۲٪ گزارش گردید.

راه های انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان

در بیمارستان میکروارگانیسم‌ها می‌توانند به طرق مختلف منتقل گردند و گاهی یک میکروب می‌تواند از چند طریق منتقل شود. راه های انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان عبارتند از :

(۱) انتقال از طریق تماس (Contact) : تماس، شایع‌ترین و مهمترین راه انتقال عفونت‌های بیمارستانی به شمار می‌آید و به سه زیر گروه تقسیم می‌شود :

- تماس مستقیم سطوح بدن و انتقال فیزیکی میکروارگانیسم‌ها بین میزبان حساس و فرد دچار عفونت یا کلونیزه شده با میکروب
- تماس غیرمستقیم میزبان حساس با شیء واسطه آلوده (وسایل، سوزن، پانسمان، دستکش آلوده)
- قطره (Droplet) تولید شده توسط فرد حین عطسه، سرفه و صحبت کردن، حین ساکشن کردن یا برونکوسکپی و مواجهه با ملتحمه، مخاط بینی یا دهان

۲) انتقال از طریق هوا (Airborne)

۳) انتقال از طریق وسیله مشترک آلوده مانند غذا، آب، داروها و تجهیزات و وسایل آلوده

۴) انتقال از طریق ناقلین مانند پشه، مگس و موش که اهمیت چندانی در انتقال عفونت‌های بیمارستانی ندارد.

عوامل مستعد کننده بیماران به عفونت‌های بیمارستانی عبارتند از

- سن بیمار (نوزادان، افراد مسن)
- بیماری زمینه ای مانند نارسایی عضو (سیروز کبدی، دیابت ملیتوس، بیماری مزمن انسدادی ریه، نارسایی کلیه)، سرطان، نوتروپنی
- نقص ایمنی مادرزادی یا اکتسابی (ایدز، درمان با داروهای سرکوب کننده دستگاه ایمنی، سوء تغذیه).
- آسیب پذیری در مقابل عفونت‌های ویروسی
- اختلال در سد دفاعی جلدی مخاطی بدن بال تروما، سوختگی، جراحی، اندوسکوپی، کاتترهای متمکن، بیماری‌های پوستی و مخاطی
- بیهوشی، ایجاد خواب آلودگی (Sedation) که به سرکوب سرفه یا کاهش تهویه ریوی منجر می‌گردد.
- استفاده از داروهای آنتی بیوتیک، آنتی اسید (تغییر فلور مقیم بدن و کاهش مقاومت در مقابل جایگزینی فلور بیمارستانی، انتخاب باکتری‌ها و قارچ‌های جهش یافته و مقاوم به آنتی بیوتیک‌ها و انواع بالقوه مقاوم).
- کلونیزه شدن فلور و در نتیجه بروز حالت ناقلی باکتری‌ها و قارچ‌های فرصت طلب.
- عفونت‌های نهفته و خاموش و فعالیت مجدد آن‌ها بدن بال سرکوب دستگاه ایمنی.

روش‌های کنترل عفونت بیمارستانی

هدف اصلی برنامه کنترل عفونت، کاهش خطر اکتساب عفونت بیمارستانی و در نتیجه محافظت از بیماران، کارکنان بیمارستان (و دانشجویان) و عیادت کنندگان است. به منظور رسیدن به این هدف، تشکیلاتی در بیمارستان‌ها پدید آمده است که به آن کمیته کنترل عفونت بیمارستانی (Infection Control Committee) گویند. کمیته کنترل عفونت در بیمارستان مسئولیت برنامه ریزی و ارزیابی کلیه امور مربوط به کنترل عفونت را بر عهده دارد. اعضای این کمیته عبارتند از :

- مدیر یا رئیس بیمارستان
- پزشک کنترل عفونت یا اپیدمیولوژیست
- پرستار کنترل عفونت
- میکروبیولوژیست بالینی یا متخصص علوم آزمایشگاهی
- مدیر پرستاری
- سایر اعضا مانند پزشک متخصص داخلی، جراح، نماینده واحدهای بهداشتی، تغذیه، خدمات و . . . پزشک، پرستار و میکروبیولوژیست بیمارستان تیم کنترل عفونت بیمارستانی را تشکیل می‌دهند و مهمترین و فعال ترین اعضای کمیته به شمار می‌آیند.

کمیته کنترل عفونت ۳ تا ۱۲ بار در سال تشکیل جلسه می‌دهد و وظایف آن عبارتند از :

- برقراری نظام مراقبت عفونت بیمارستانی (Surveillance)
- تدوین برنامه های آموزشی در جهت کنترل عفونت
- حفظ سلامت کارکنان
- برنامه ریزی و تعیین خط مشی در رابطه با کنترل عفونت مانند استفاده از آنتی بیوتیک ها و مواد جدید گندزدا و دفع زباله
- ارزیابی و نظارت بر اجرای مقررات وضع شده توسط کمیته.

آموزش

یکی از وظایف اصلی کمیته کنترل عفونت بیمارستانی، تدوین برنامه های آموزشی است و در این میان پرستار کنترل عفونت نقش اساسی در جهت اجرای برنامه های آموزشی دارد. آموزش کارکنان بیمارستان در رابطه با کنترل بیماری های مُسری، سِتروَن سازی، (Sterilization) گندزدایی (Disinfection)، استفاده صحیح از وسایل و تجهیزات، رعایت مسائل بهداشتی و شستن دست ها، و محافظت در برابر بیماری های منتقله از راه خون مانند هپاتیت و ویروسی و ایدز و ... می باشد.

نظام مراقبت عفونت بیمارستانی (Surveillance)

نظام مراقبت عبارت است از جمع آوری، تجزیه، تحلیل و تفسیر اطلاعات و داده های بهداشتی به صورت سیستماتیک و فعال (جاری) طی فرآیند پایش (Monitoring) و توصیف یک واقعه بهداشتی. اطلاعات بدست آمده جهت طراحی، بکارگیری و ارزیابی مداخلات و برنامه های مربوط به بهداشت عمومی و کنترل عفونت بیمارستانی مورد استفاده قرار می گیرند. این اطلاعات، نیازهای مربوط به فعالیت ها در زمینه بهداشت عمومی و کنترل عفونت بیمارستانی را تعیین نموده و کارآیی و اثر بخشی برنامه ها را مشخص می کند.

با برقراری نظام مراقبت بیمارستانی می توان از بروز حدود یک سوم موارد عفونت بیمارستانی جلوگیری نمود، به عنوان مثال با برقراری نظام مراقبت از عفونت زخم جراحی، می توان موارد این نوع عفونت را ۵۰٪ کاهش داد. بدیهی است با کاهش موارد عفونت، از اتلاف منابع مالی نیز جلوگیری خواهد شد. سیستم مراقبت عفونت بیمارستانی می تواند تمام بیمارستان یا بخش های خاصی را پوشش دهد یا اینکه به صورت دوره ای به مراقبت اقدام نماید. همچنین مراقبت می تواند براساس اولویت ها در زمینه کنترل عفونت و انواع عفونت های بیمارستانی صورت گیرد. برقراری نظام مراقبت پس از ترخیص بیمار از اهمیت خاصی برخوردار بوده و به حساسیت سیستم مراقبت می افزاید.

اهداف نظام مراقبت عفونت بیمارستانی

- شناسایی بیماران و اقدامات تهاجمی پرخطر (عوامل خطر) و تعیین اولویت های کنترل عفونت
 - تعریف میزان اندمیک عفونت و افزایش موارد عفونت در حد بالاتر از اندمیک
 - پایش روند بروز عفونت و الگوهای آن در طول زمان
 - کشف همه گیری های عفونت های بیمارستانی
 - ارزیابی میزان کارایی مداخلات انجام شده در زمینه پیشگیری و کنترل عفونت
 - ارزیابی برنامه های تضمین کیفیت
 - آموزش و ایجاد انگیزه در کارکنان پزشکی و مدیریت
- منابعی که امکان جمع آوری اطلاعات برای برقراری نظام مراقبت را در اختیار می گذارند شامل موارد ذیل می باشند :

- کاردکس بیماران (آنتی بیوتیک، تعویض پانسمان، مایع درمانی وریدی، تغذیه از طریق کاتتر وریدی مرکزی، سوند ادراری، پذیرش مجدد در بیمارستان).
- گزارش آزمایش‌های میکروبیولوژی
- چارت تب بیماران
- گزارش پرستاری
- ارتباط با پرستاران مسئول بخش‌ها

مراقبت از کارکنان پزشکی

کارکنان حرفه‌های پزشکی، در معرض خطر مواجهه با بیماری‌های قابل سرایت در بیمارستان می‌باشند. بدیهی است بدنبال ابتلا به بیماری، خطر انتقال عفونت از کارکنان به بیماران، سایر کارکنان و اعضاء خانواده آن‌ها وجود دارد. یکی از وظایف کمیته‌های کنترل عفونت، محافظت از کارکنان در مقابل عفونت‌های بیمارستانی و نیز در مقابل مواجهه شغلی بویژه با خون و مواد بالقوه آلوده می‌باشد. بدین لحاظ واکسیناسیون کارکنان، رعایت احتیاط‌های عمومی (استاندارد) و سایر قوانین مربوط به ایزولاسیون یا جداسازی بیماران و نیز شستن دست‌ها توسط کارکنان شاغل در بیمارستان، به کاهش موارد مواجهه و ابتلا به بیماری‌ها و در نتیجه کاهش عفونت‌های بیمارستانی و عواقب حاصله منجر می‌گردد. به منظور کاهش مواجهه کارکنان با عوامل خطرزای موجود در محیط بیمارستان توصیه می‌شود اقدامات ذیل صورت گیرد:

- انجام معاینات پزشکی قبل از استخدام کارکنان
- انجام معاینات پزشکی دوره‌ای کارکنان
- ایمنسازی کارکنان بر علیه بیماری‌های واگیر
- برقراری نظام مراقبت از کارکنان در صورت بروز آسیب و حوادث شغلی (مانند مواجهه با سوزن آلوده به HIV) و مخاطرات محیط کار
- تدوین برنامه‌های آموزشی به منظور پیشگیری از مواجهه با میکروارگانیسم‌های بیماری‌زای بیمارستانی
- برنامه ریزی و تعیین خط مشی در موارد بروز همه‌گیری در بین کارکنان و استراحت در منزل بدنبال ابتلا یا مواجهه با عوامل بیماری‌زا.

توجه:

یکی از اقدامات سودمند در بیمارستان تشکیل پرونده پزشکی جهت کارکنان می‌باشد

ایمنسازی کارکنان شاغل در بیمارستان

یکی از مقرون به صرفه‌ترین روش‌های پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های قابل سرایت، ایمنسازی افراد و بویژه کارکنان حرفه‌های پزشکی است. بر این اساس توصیه می‌شود کارکنان مشاغل پزشکی (شامل دانشجویان) بر علیه ویروس هپاتیت B ایمن گردند. ایمنسازی کارکنان با واکسن هپاتیت B باید به صورت رایگان باشد. توصیه می‌شود یک تا دو ماه پس از تزریق آخرین دوز واکسن هپاتیت B (پس از تزریق نوبت سوم)، آزمون HBsAb در گروه‌های پر خطر شغلی مانند پرستاران و پزشکان صورت گیرد تا از وضعیت ایمنی آن‌ها بر علیه ویروس هپاتیت B اطمینان حاصل شود.

در سال ۱۳۷۷، معاونت درمان و داروی دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی ۱۰۰ واحد خصوصی دندانپزشکی در سطح جنوب شهر تهران مطالعه ای را انجام داد و طبق این مطالعه، تنها ۶۰٪ دندانپزشکان واکسن هپاتیت B را دریافت کرده و فقط ۲۱٪ آنان پس از تزریق واکسن آزمون HBsAb را انجام داده بودند.

ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان

به منظور پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم‌ها از بیمار عفونی یا کلونیزه با میکروارگانیسم به سایر بیماران، کارکنان و حتی عیادت کنندگان، اتخاذ خط مشی‌های عملی ضروری است. در سال ۱۹۸۳ میلادی، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) دو سیستم جداسازی را پیاده کرده بود که شامل جداسازی براساس گروه بیماری (Category Specific I) و نوع بیماری (Disease Specific I) می‌شد. در سال ۱۹۸۵ نیز به منظور جلوگیری از انتقال پاتوژن‌های منتقله از راه خون مانند هپاتیت B و ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV)، رعایت احتیاط‌های عمومی یا همه جانبه (Universal precautions) را توصیه نمود. بدلیل احتمال انتقال عوامل بیماری‌زا از راه‌های دیگر به جز خون، مانند تماس مستقیم، راه هوایی یا تماس با قطرات، در سال ۱۹۹۶ رعایت احتیاط‌های استاندارد (Standard P.) و احتیاط براساس راه انتقال عفونت (Transmission - Based P.) فرض گردید که شرح داده خواهند شد. امروزه رعایت احتیاط‌های استاندارد، مهمترین جزء اقدامات جداسازی بیماران محسوب می‌گردد.

شستن دست

شستن دست‌ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی به شمار می‌آید (۱۴، ۱۵). شستن دست‌ها می‌تواند توسط صابون‌های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت گیرد. شستن دست با صابون‌های معمولی و آبکشی باعث می‌شود تا میکروارگانیسم‌ها از روی پوست زدوده شوند (روش مکانیکی). شستن دست با محصولات ضد میکروبی باعث کشته شدن میکروارگانیسم‌ها یا مهار رشد آن‌ها می‌گردد که به آن ضد عفونی کردن گویند.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم‌های مقیم یا ثابت و انواع موقت است. اکثر میکروب‌های مقیم پوست در لایه‌های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن‌ها در لایه‌های عمقی اپیدرم قرار دارند که ممکن است بدنبال شستشوی دست‌ها با صابون‌های معمولی پاک نشوند ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می‌گردد. شستن دست‌ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب‌های موقتی پوست خواهد شد.

حریق

آتش‌سوزی یا حریق یکی از قدیمی‌ترین بلایایی است که می‌تواند در زمانی کوتاه، دارایی و سلامتی افراد را به خطر اندازد. بنا به تعریف حریق عبارتست از سوختن شدید مواد سوختنی یا آتشی ناخواسته و از کنترل خارج شده که معمولاً "با دود و حرارت و نور زیاد توأم است. آتش سوزی عبارت از آتشی است که از یک منبع حرارتی کنترل ناپذیر سرچشمه گرفته، یا منبع حرارتی معین کنترل شده‌ای را ترک کرده و با نیروی حرارتی خود گسترش و توسعه یافته باشد.

دسته بندی انواع حریق

برای سهولت در پیشگیری و کنترل آتش سوزی ، حریق ها بر حسب ماهیت مواد سوختنی به دسته های مختلفی تقسیم می کنند . در امریکا و ژاپن توسط مراجع رسمی حریق در چهار دسته (A, B, C, D) در اروپا و استرالیا به پنج دسته (A, B, C, D, E) تقسیم بندی شده است . دسته A در همه تقسیم بندی ها مواد جامدی است که خاکستر بجا می گذارد . دسته B مواد نفتی و مایعات قابل اشتعال . دسته D شامل فلزات قابل اشتعال می باشد . در تقسیم بندی امریکایی دسته C آتش دسته D شامل حریق های الکتریکی منظور شده است . اما در تقسیم بندی اروپایی این دسته شامل گاز های آتش گیر می باشد و دسته E شامل حریق الکتریکی است . اخیرا دسته جدیدی تحت عنوان K یا F اضافه شده است که بعلاوه وسعت حریقها جای خود را باز نموده است . این دسته مربوط به حریق آشپز خانه و روغن های آشپزی است .

از آنجایی که تقسیم بندی مورد تایید کشور ما تقسیم بندی اروپایی است که مورد تایید ISO نیز می باشد ، ما در اینجا به توضیح در خصوص این تقسیم بندی می پردازیم .

آتش دسته A

این نوع آتش سوزی از سوختن مواد معمولی قابل احتراق ، عموما جامد و دارای ترکیبات آلی طبیعی یا مصنوعی حاصل می شود . این منابع کاغذ ، پارچه ، چوب ، پلاستیک و امثال آن است که پس از سوختن از خود خاکستر به جا می گذارند . خاموش کننده هایی که برای کنترل آن بکار می روند علامتی مثلث شکل و سبز رنگ با نشان A دارند . مبنای اطفاء آنها بر خنک کردن است .

آتش دسته B

این آتش در اثر سوختن مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (عموما مواد نفتی و روغنهای نباتی) پدید می آید . خاموش کننده هایی که برای این دسته مناسب هستند دارای برچسب مربع قرمز رنگ با علامت B هستند . اطفاء این حریق عموما مبتنی بر خفه کردن است .

آتش دسته C

این دسته شامل آتش سوزی ناشی از گازها یا مایعات یا مخلوطی از آنهاست که براحتی قابلیت تبدیل به گاز را دارند مانند گاز مایع و گاز شهری ، این گروه نزدیکترین نوع حریق به دسته B می باشد و خاموش کننده های مربوطه با علامت C در مربع آبی رنگ مشخص می شوند . راه اطفاء این حریق خفه کردن و سد کردن مسیر نشت می باشد .

آتش دسته D

حریق های این دسته ناشی از فلزات سریع اکسید شونده مانند منیزیم، سدیم ، پتاسیم و امثال آن می باشد و خاموش کننده های مناسب برای اطفاء آنها با علامت ستاره زرد رنگ با نشان D مشخص می شوند .

آتش دسته E

این دسته شامل حریقهای الکتریکی می باشد که عموما در وسایل الکتریکی و الکترونیکی اتفاق می افتد مانند سوختن کابلهای تابلو برق یا وسایل برقی و حتی سیستم های کامپیوتری ، نامگذاری این دسته نه بخاطر متفاوت بودن نوع ماده سوختنی بلکه بخاطر مشخصات وقوع ، اهمیت و نوع دستگاه است که حریق در آنها رخ می دهد . راه اطفاء این دسته قطع جریان برق و خفه کردن حریق با گاز CO₂ یا هالون و هالوکربن می باشد . خاموش کننده هایی که قابلیت کنترل آن را دارند با حرف E نشان داده می شوند .

روشهای عمومی اطفاء حریق :

اصولا اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (حرارت ، اکسیژن ، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد ، حریق مهار می شود. روشهای عمومی بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد :

الف- سرد کردن (عمدتا بوسیله آب)

ب- خفه کردن

ج- سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د- کنترل واکنش های زنجیره ای

مواد خاموش کننده آتش

موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در ۴ دسته قرار می گیرند . بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود . طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند . این گروه شامل گروههای زیر است :

الف - مواد سرد کننده (آب ، CO_2)

ب_ مواد خفه کننده (کف - CO_2 - خاک - ماسه)

ج - مواد رقیق کننده هوا ($CO_2 - N_2$)

د- مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالون و پودر های مخصوص)

انواع کپسول های آتش نشانی

آب یکی از آشناترین مواد برای خاموش کردن آتش است؛ اما اگر به شکل صحیحی به کار گرفته نشود می تواند از آتش نیز خطرناک تر باشد. با یک دستگاه خاموش کننده آتش که به وسیله آب کار می کند می توان آتشی را که مسبب آن چوب، کاغذ یا مقواست خاموش کنید؛ اما اگر آتش به وسیله الکتریسیته به وجود آمده باشد و یا این که مایعات قابل اشتعال سبب آتش شده باشند، آب روش مؤثری برای کنترل آن نیست زیرا آب می تواند جریان برق را هدایت کند و سبب برق گرفتگی شود. هم چنین مایعات قابل اشتعال به وسیله آب به اطراف پخش می شوند و سبب گسترش آتش سوزی می شوند. یکی از محبوب ترین مواد خاموش کننده آتش دی اکسید کربن خالص است. در کپسول آتش نشانی که با دی اکسید کربن کار می کند، دی اکسید کربن به شکل مایعی تحت فشار بالا در سیلندر نگهداری می شود. وقتی محفظه باز می شود، دی اکسید کربن منبسط می شود و در اتمسفر به شکل گاز در می آید. دی اکسید کربن سنگین تر از اکسیژن است. بنابراین جایگزین اکسیژن اطراف ماده سوختنی می شود. در رستوران ها از این نوع کپسول ها استفاده می شود، زیرا آلودگی برای مواد غذایی و وسایل آشپزی ایجاد نمی کنند. بهترین انواع مواد خاموش کننده آتش، کف های خشک شیمیایی یا پودرها هستند که بیشتر از بی کربنات سدیم، بی کربنات پتاسیم یا مونو آمونیوم فسفات ساخته می شوند. بی کربنات پتاسیم وقتی دما به ۷۰ درجه سانتی گراد می رسد شروع به تجزیه شدن کرده، دی اکسید کربن آزاد می کند. این دی اکسید کربن روی آتش را می پوشاند و آن را خفه می کند. از کپسول های آتش نشانی تنها در آتش سوزی های مختصر می توان بهره گرفت. زیرا حاوی مقدار کمی از مواد خاموش کننده آتش هستند. در آتش سوزی های بزرگتر نیاز به تجهیزات بزرگتری از قبیل ماشین آتش نشانی و افرادی متخصص است که بدانند هر آتشی باید به وسیله چه چیزی فرو نشانده شود؛ اما به هر حال اگر یک آتش سوزی ناگهانی در منزل یا محیط کارتان به وجود آید، یک کپسول آتش نشانی می تواند نجات دهنده فوق العاده گرانبهائی برای زندگی شما محسوب شود. کپسول های آتش نشانی به چند کلاس تقسیم بندی می شوند. کپسول های کلاس A می توانند آتش سوزی های ناشی از مواد معمولی از قبیل چوب و پلاستیک و کاغذ را خاموش کنند. کپسول های کلاس B می توانند آتش های ناشی از مایعاتی چون بنزین یا گریس را فرو نشانند. کلاس C مربوط به آتش سوزی های الکتریکی است و کلاس D نیز برای خاموش کردن فلزات شعله ور و نایاب به کار می رود.

مدیریت خطر

آمار حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های نظام سلامت بخصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند. برای اینکه سازمان‌های بهداشتی- درمانی بعنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند بایستی یک نظام اثربخش مدیریت ریسک جهت شناسایی نقایص سیستمی و ارتقای ایمنی بیمار طراحی و اجرا گردد.

مدیریت ریسک در حوزه سلامت

تعریف: انجام فعالیت‌های بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی، و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان

مدیریت خطر :

شناسایی، بررسی، تجزیه و تحلیل، و ارزیابی خطرات

و

انتخاب با صرفه‌ترین روش :

تصحیح، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

ضرورت‌های مدیریت ریسک

- در تمامی اقدامات سازمانی، امکان تصمیم‌گیری متعدد است.
- شرایط تصمیم‌گیری در زمانها و مکانهای مختلف، متفاوت است.
- عواقب تصمیم‌گیری در شرایط مختلف متفاوت است.
- وقایع آینده عمدتاً غیر قابل پیش‌بینی و عدم قطعیت قاعده عام است.
- درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط، با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد.
- همیشه می‌توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به شرکت را به حداقل رساند.

علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت

- افزایش ایمنی بیمار
- افزایش انتظارات بیمار، متخصصان و کارکنان
- فشارهای رقابتی در بازار سلامت

- فشار مداوم هزینه های داخلی
 - ارایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه میشود
 - افزایش سطح شکایات ، ادعاها و شکایت های قانونی
- بررسی رضایت بیماران ، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد. تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد .

چهار روش مدیریت ریسک

- اجتناب از خطر
- به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر
- انتقال خطر
- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

۷ مرحله در فرایند مدیریت ریسک

- زمینه سازی
- شناسایی ریسک
- تحلیل ریسک
- ارزیابی ریسک
- استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک
- بررسی و نظارت مداوم
- ارتباطات موثر و مشاوره

* کدام یک از منابع اطلاعاتی را برای شناسایی خطرات استفاده کنیم؟

تجارب قبلی

افراد با تجربه در سازمان

اسناد و مدارک ، گزارش ها ، پروتکل ها ، روش های اجرایی، برنامه ها ، آموزش ...

بازرسی ، ممیزی داخلی ، هشدارها، حوادث و سوانح ثبت شده، شکایات...

مصاحبه ها ، نظرسنجی ها ، ..

مدیریت بحران

مدیریت بحران مجموعه‌ای از چاره جویی‌ها و تصمیماتی است که در مقابله با بحران انجام می‌گیرد و هدف آن کاهش روند بحران، کنترل بحران و کاهش و رفع بحران است. مدیریت بحران عبارت است از فرآیند برنامه ریزی ها و اقدامات دولتی، دستگاه‌های اجرایی و عمومی، که با مشاهده و تجزیه و تحلیل بحران‌ها به صورت یکپارچه، جامع و هماهنگ و با استفاده از ابزارهای موجود در جهت پیشگیری، آماده سازی، مقابله و بازسازی، تمهیداتی را برای مقابله با بحران‌های احتمالی آتی پیش بینی نماید.

استانداردهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی

مطالعات بسیاری در زمینه محتوای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی صورت گرفته است. یکی از معتبرترین استانداردهای موجود برای محتوای این برنامه استاندارد آمادگی بیمارستانی است که توسط کمیته مشترک اعتبار سنجی سازمان‌های ارائه خدمات سلامت (JCAHO) ارائه شده است.

براساس این استاندارد حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تمهیدات لازم را در موارد زیر به کار گیرد:

- ارزیابی خطر – آسیب پذیری (Assessment Hazard Vulnerability)

- شیوه فعال شدن برنامه (Activation)

- تلفیق برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی با برنامه حوادث غیرمترقبه جامعه

- آگاه نمودن مسئولین خارج از بیمارستان از رخداد حادثه

- اعلام هشدار به پرسنل بیمارستان در مورد فعال شدن برنامه

- شناسایی پرسنل بیمارستان

- اسکان و نقل و انتقال پرسنل

- فراهم نمودن حمایت از خانواده پرسنل بیمارستان

- حفظ مدیریت منابع (مانند دارو، تجهیزات پزشکی، غذا، آب و...)

- کنترل دستی، ازدحام و ترافیک بیماران

- حفظ ارتباط با رسانه‌ها

- جابجایی (Evacuation) و تعیین محل جایگزین برای درمان بیماران در صورت نیاز

- پیگیری بیماران و مدیریت درمان و مدارک پزشکی آنها در جریان جا به جایی
- ایجاد و حفظ پشتیبانی ارتباطات و تسهیلات
- ایجاد شرایط و وسایل مقابله و قرنطینه بیماران آلوده با مواد خطرزا
- تعیین مسئولیت‌های پرسنل در جریان حوادث غیرمترقبه
- استفاده از یک ساختار فرماندهی منطبق با ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیرمترقبه
- آموزش
- ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آن

موقعیت‌های بروز حادثه (Situation)

هر مرکز مراقبت پزشکی و از جمله بیمارستان‌ها باید برای پاسخ در مقابل دو موقعیت غیرمترقبه عمده آمادگی لازم را داشته باشند این دو موقعیت عبارتند از:

۱- حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters)

طبق تعریف به حوادثی اطلاق می‌گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء می‌گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می‌شوند. مثال‌هایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از:

- سیل
 - نشت مواد مضر
 - آتش سوزی وسیع
 - مواجهه با پرتو رادیواکتیو
 - حوادث با تلفات متعدد
 - هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا به علا نوع بیماری
- | | | | |
|------|----------|------|--------|
| چنین | امکاناتی | وجود | ندارد. |
|------|----------|------|--------|

۲- حوادث غیرمترقبه داخلی (Disasters Internal):

بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحات و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه‌هایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است:

- بمب گذاری
 - گروگان گیری
 - قطع ارتباطات
 - قطع برق یا آب
 - آتش سوزی
 - سیل
 - مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو
 - نقص سیستم گرمایشی
 - قطع گازهای درمانی
- موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می‌توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

۱. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر
۲. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می‌کند.
۳. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند.
۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می‌باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.
۵. حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد.

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه

۱. مرحله تهیه برنامه (Preparation phase): این مرحله شامل ایجاد و پیاده کردن برنامه می‌باشد و مهم ترین مباحث مطرح در آن عبارتند از:

o. مرحله آمادگی (phase Preparation)

۵. مرحله اعلام خطر (Alert Phase)

۵. مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)

۵. مرحله توقف برنامه (Termination Phase) و ارزیابی بعد از حادثه

مرحله آمادگی (Preparation Phase)

این مرحله شامل فراهم نمودن مقدمات لازم برای اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه می‌باشد و مهمترین مباحث مطرح در آن عبارتند از :

ایجاد کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی:

هر بیمارستان باید کمیته حوادث غیرمترقبه را با هدف تهیه، توزیع، پیگیری و به روز کردن برنامه حوادث غیرمترقبه تشکیل دهد. این کمیته همچنین مسئولیت آموزش پرسنل و هماهنگی با دیگر سازمان‌های دخیل در بخش سلامت را بر عهده دارد. هر چند ترکیب ثابتی برای اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان وجود ندارد ولی پیشنهاد می‌شود مسئولین زیر و یا نمایندگان آنها در ترکیب این کمیته حضور داشته باشند:

۱. ریاست بیمارستان و قائم مقام او

۲. مسئول امنیت / آتش سوزی بیمارستان

۳. نمایندگان بخش اورژانس (شامل پزشکان و پرستاران)

۴. سوپروایزر بیمارستان

۵. نماینده پرستاران ارشد بیمارستان

۶. مدیر بیمارستان

۷. نماینده خدمه بیمارستان (شامل بیماربر/تدارکات/نظافت)

۸. نماینده پاتولوژی (شامل مسئول بانک خون)

۹. مسئول داروی بیمارستان

۱۰. نماینده خدمات آمبولانس

۱۱. رابط مطبوعات بیمارستان

۱۲. نمایندگان دیگر بخش‌های بیمارستان به ویژه اگر بخش‌های مزبور نقش موثری در مقابله با حوادث غیرمترقبه داشته باشند (بخش جراحی، جراحی اعصاب، ارتوپدی، داخلی، زنان)

۱۳. نماینده بخش مددکاری اجتماعی

۱۴. نماینده خدمات سلامت روان بیمارستان

جلسات کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید به صورت ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار شود. مباحث مطروحه در جلسه باید مکتوب شده و اهم آنها به اطلاع تمام پرسنل بیمارستان برسد. این کمیته باید مصوبات خود را در قالب پیشنهادات معین به کمیته اجرایی بیمارستان ارائه نموده و پیاده شدن آنها را پیگیری نماید.

برقراری ارتباط با دیگر موسسات فعال در بخش سلامت و همکاری و هماهنگی با آنها از وظایف این کمیته است. بیمارستان باید از ظرفیت عملکرد دیگر بیمارستان‌ها و موسسات از جمله پلیس، آتش نشانی، EMS و موسسات داوطلب مطلع باشد. برنامه بیمارستانی حوادث غیرمترقبه باید بتواند در هماهنگی با دیگر موسسات پاسخ بیمارستان را هدایت نماید.

تعیین زنجیره مسئولیت حوادث غیرمترقبه

فردی که مسئولیت اعلام خطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه (Commander Incident) انتخاب می‌گردد دارای مسئولیت مشخص می‌باشد و از بین با سابقه ترین و مجرب ترین افراد موظف در بیمارستان برگزیده می‌شود. این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرایی و درمانی بیمارستان دخالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیت‌ها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان را انجام دهد. همانطور که بعداً اشاره خواهد شد وظیفه اعلام خطر و هشدار به پرسنل و اعلام اتمام پاسخ بیمارستان نیز بر عهده این فرد می‌باشد. در مواردی که فرد یا افرادی از پیش تعیین شده در دسترس نباشند افراد زیر به ترتیب مسئولیت فرماندهی پاسخ بیمارستان را بر عهده می‌گیرند. (این مسئولیت‌ها برحسب موقعیت و نوع بیمارستان قابل تغییر هستند و توسط کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی تعیین می‌شوند) رئیس بیمارستان

- مدیر بیمارستان

- مترون بیمارستان

- سوپروایزر مسئول در هنگام وقوع حادثه

- ریاست اورژانس بیمارستان

تعیین مرکز عملیات اضطراری

(Incident Command Center) یا (Emergency Operation Center)

مسئولین حوادث غیرمترقبه بیمارستان در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان گرد هم می‌آیند. این مرکز محلی از پیش تعیین شده در محل امنی از بیمارستان می‌باشد که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش‌های بیمارستان و واحدهای خارج از آن را دارد. مرکز عملیات اضطراری بیمارستان به طور خاص باید با مسئولین بخش پذیرش بیماران، بخش اورژانس، بخش‌های داخلی و جراحی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه، بانک خون، مدارک پزشکی، امنیت (حراست)، خدمات عمومی بیمارستان در ارتباط باشد. در ضمن این مرکز باید با دیگر بیمارستان‌های منطقه و نیز کمیته محلی دفاع شهری ارتباط داشته و هماهنگی‌های لازم را صورت دهد.

تعیین علائم و نشانه‌ها (signs):

بیمارستان باید دیالیزهای مربوط به ساختمان و علایم خروجی‌های اضطراری برای جابجایی بیماران را به طور واضح تهیه و در محل‌های مناسب نصب نماید. علایم ترافیکی برای ماشین‌ها و آمبولانس‌ها نیز باید در محل‌های قابل رویت نصب شوند.

فراهم کردن ذخایر دارویی و تجهیزات پزشکی:

تمام بیمارستانها باید ذخیره ای از داروهای ضروری (Essential Drugs) و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای حوادث غیرمترقبه گسترده را تهیه نمایند. این ذخایر باید بصورت دوره ای بازبینی شده و در صورت اتمام تاریخ مصرف داروها جایگزین شوند. این ذخایر باید شامل خون کامل (Whole Blood) و ابزار مورد نیاز برای جراحی عمومی، سوختگی‌ها و جراحیهای ارتوپدی باشد.

برقراری ارتباط داخلی و خارجی:

ارتباطات نقش حیاتی در جریان حوادث غیر مترقبه دارند و بیمارستان باید سیستم‌های جایگزین ارتباطی را در اختیار داشته باشد تا در صورت بروز مشکل بتواند از آنها استفاده نماید. سیستم ارتباطی داخلی بین بخشهای مختلف بیمارستان باید برقرار شود. بلندگوها، خطوط تلفن داخلی (بی سیم رادیویی دوسویه) از دیگر ابزارهای ارتباطی جایگزین محسوب می‌شوند. در ضمن وسایل ارتباطی برای فراخوانی پرسنلی که در حال انجام وظیفه نیستند نیز باید مدنظر قرار گیرد. در این مورد می‌توان برنامه از پیش تعیین شده ای را اجرا نمود تا هر فرد پس از اطلاع از بروز حادثه دو یا سه نفر از همکاران نزدیک به خود را آگاه نماید.

فراهم کردن منابع جایگزین برای آب، برق و سوخت:

هر چند چنین منابعی باید به هنگام ساخت بیمارستان در نظر گرفته شده باشند ولی تجربه نشان می‌دهد که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید برای فراهم کردن این منابع جایگزین در جریان حوادث غیرمترقبه اقدامی جدی انجام دهد.

نقل و انتقال (Transportation):

هر بیمارستان باید فهرست کاملی از تعداد آمبولانسها، واحدهای سیار و دیگر وسایل نقلیه در خدمت خود را که قادر به ارائه خدمات مؤثر هستند بصورت دوره ای تهیه نمایند چرا که این مسئله بر ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان تأثیر مستقیم دارد. برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید به طور واضح اولویت استفاده از این وسایل نقلیه، تخصیص سوخت به آنها و افراد مسئول در قبال هر یک را مشخص نماید. از وسایلی که برای جابجایی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند مانند برانکار، صندلی چرخدار، باید فهرست تهیه شود و محل نگهداری و انبار شدن آنها دقیقاً معلوم گردد.

مشخص نمودن پرسنل:

تمامی پرسنلی که در فضای پذیرش بیماران و نیز در بخشهای کلیدی بیمارستان مشغول به فعالیت هستند باید برای سازماندهی و همچنین حفظ امنیت از یونیفرم‌ها و یا علایم متحدالشکلی استفاده کنند. اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان، جراح مسئول تریاژ و پرسنل کلیدی حتماً باید از بازوبند یا آرم مشخص استفاده کنند.

تخصیص منابع به فضای پذیرش بیماران: توزیع و سازماندهی منابع مناسب در فضای محل پذیرش بیماران برای پاسخ مؤثر این واحد لازم است. پرسنل باید در تیمهایی متشکل از یک جراح، یک پزشک داخلی، یک پرستار و دو نفر بهیار سازماندهی شوند. ترکیب این تیمها به پرسنل موجود و در دسترس بیمارستان بستگی دارد و قابل تغییر است.

آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی:

لوازم پزشکی و تجهیزات پایه باید در جعبه ای با برچسب مشخص قرار گیرند تا انتقال آنها را به فضای پذیرش بیمارستان تسهیل نماید. محتویات این جعبه‌ها می‌تواند شامل تجهیزات اولیه تنفسی و کپسولهای اکسیژن، وسایل پانسمان و مایعات ضد عفونی کننده، داروهای اورژانس، وسایل اولیه جراحی، مایعات داخل وریدی، وسایل گچ گیری و آتل گذاری، فرم‌ها، برچسبهای تریاژ، کارتهای تشخیص هویت و تجهیزات اداری دیگر باشد. فضای پذیرش بیماران باید طوری طراحی شود که امکان استفاده از دستگاه عکسبرداری سیار اشعه X و وسایل جراحی و بیهوشی را فراهم نماید. در مرکز فضای پذیرش بیماران باید محلی برای قرارگیری برانکاردها و صندلیهای چرخ دار در نظر گرفته شود.

آماده سازی بخش جراحی:

در جریان مرحله هشدار حوادث غیرمترقبه اتاق عمل جراحی بیمارستان باید آمادگیهای لازم را فراهم نماید. تمامی اعمال جراحی غیراورژانس باید کنسل شوند و اتاق ریکاوری باید به سرعت آماده شوند. بخش جراحی باید پرسنل ذخیره خود را به نحوی سازماندهی کند که امکان فعالیت ۲۴ ساعته را داشته باشد. ریاست بخش جراحی باید از وجود تعداد کافی گانها و پوششهای اتاق عمل و وسایل استریل جراحی برای اعمال جراحی مورد نیاز اطمینان یابد.

آماده سازی بخش اورژانس:

معمولاً ریاست بخش اورژانس فرد مسئول تریاژ و سازماندهی فضای پذیرش بیماران است. پرسنل بخش اورژانس با سازماندهی در تیمهای اضطراری به انجام تریاژ و خدمات اورژانس می‌پردازند. در جریان مرحله اعلام خطر بخش اورژانس فعالیت عادی خود را متوقف نموده، اولویت درمان بیماران پذیرش شده قبلی را تعیین کرده، اتاق انتظار بخش را تخلیه می‌نماید و پرسنل بخش جعبه‌های حاوی تجهیزات و لوازم پزشکی را به فضای پذیرش بیماران منتقل می‌کنند. پس از هشدار حوادث غیرمترقبه ریاست بخش اورژانس باید تماس و هماهنگی نزدیک با دیگر بخش‌های بیمارستان بویژه مرکز عملیات اضطراری، بخش جراحی و بخش امنیت (حراست) داشته باشد.

آماده سازی دیگر بخشها و خدمات بیمارستان:

بخشهای داخلی، اطفال، زنان، مامایی و دیگر تخصصها باید فعالیتهای عادی خود را ادامه دهند مگر اینکه شدت حادثه غیرمترقبه به حدی باشد که پیاده شدن کامل برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و یا تخلیه کل بیمارستان توسط مرکز عملیات اضطراری اعلام گردد. در چنین وضعیتی جز حداقل پرسنلی که برای ادامه کار بخشها مورد نیاز است بقیه نیروها باید تحت فرماندهی مرکز عملیات اضطراری به اجرا شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان بپردازند.

آماده سازی سیستم پرستاری بیمارستان:

پرستاران و بهیاران نه تنها نقش مهمی را در رابطه مستقیم با بیماران ایفا می‌کنند بلکه به علت آشنایی بیشتر با خدمات ارائه شده، گردش کار بخشها و محل قرارگیری تجهیزات و منابع می‌توانند در پیاده شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بسیار مؤثر باشند. پرستاران باید در زمینه اجزا و فرایندهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و مراقبت از بیماران آسیب دیده در جریان حوادث غیرمترقبه آموزشهای خاص دیده باشند.

آماده سازی بخشهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی باید فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم جهت فعالیت ۲۴ ساعته را فراهم نمایند. داروخانه باید امکان پشتیبانی دارویی و تجهیزاتی خدمات اورژانس بیمارستان را در جریان حادثه غیرمترقبه به استفاده از ذخایر بیمارستان فراهم نماید و فهرست اقلام توزیع شده را نگهداری کند. آزمایشگاه فقط باید آزمایشات بسیار اورژانس را انجام دهد. نقش اصلی آزمایشگاه در جریان حادثه غیرمترقبه تعیین گروه خونی و RH و آماده کردن واحدهای خون برای تزریق می‌باشد. ریاست بخش رادیولوژی باید از حضور تعداد پرسنل و تکنسین‌های کافی جهت انجام خدمات ثابت و سیار تصویربرداری و تعداد کافی فیلم و مواد ظاهر کننده اطمینان یابد.

آماده سازی بخشهای اداری:

نقشهای اصلی بخش اداری بیمارستان در جریان حوادث غیرمترقبه عبارتند از حمایت از بخشهای پاراکلینیک، اطمینان از حضور افراد در پستهای مسئولیتی، تسهیل مسائل مالی و اقتصادی و فراهم کردن امکانات رفاهی و تغذیه‌ای. هماهنگی در زمینه مسائل مرتبط با بیمه و دیگر هزینه‌های بیماران باید توسط این واحد تسهیل شود.

آمادگی واحد امنیت (حراست) بیمارستان:

نقش واحد حراست بیمارستان در جریان حادثه غیرمترقبه نه تنها حفظ امنیت داخل و اطراف بیمارستان است بلکه مسئولیت کنترل ترافیک منتهی به بیمارستان جهت دسترسی مناسب آمبولانسهای حاوی مجروحین به فضای پذیرش بیماران نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستم‌های ارتباطی آن نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستم‌های ارتباطی آن نیز بر عهده واحد حراست می‌باشد. این واحد ارتباط نزدیکی با مرکز عملیات اضطراری و بخش اورژانس بیمارستان دارد. در صورت ناکافی بودن پرسنل این واحد باید برای انجام مسئولیت خود از پلیس درخواست کمک نماید.

آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات:

تقاضای متعدد مردم، بستگان قربانیان و نمایندگان مطبوعات برای دریافت اطلاعات گاهاً فعالیت بیمارستان را دچار اختلال می‌کند. برای ساماندهی امر اطلاع رسانی برنامه حوادث غیرمترقبه باید دو اتاق مجزا را یکی برای مردم و بستگان قربانیان و یکی را برای نمایندگان مطبوعات در نظر بگیرید. اتاق اطلاع رسانی به مطبوعات حتماً باید از بخش درمانی بیمارستانی فاصله داشته باشد. واحد ارتباطات مردمی می‌تواند اطلاعات را از طریق بولتن‌های ساده ای تهیه و توزیع نماید.

آمادگی خدمات عمومی بیمارستان:

بخشهای نگهداری (Maintenance)، لاندری، استریلیزاسیون، آشپزخانه و دیگر خدمات باید خود را برای پاسخ دهی به نیازهای ایجاد شده در جریان حادثه غیرمترقبه آماده کنند. عدم ایجاد آمادگی و هماهنگی این واحدها ممکن است کارایی کلی بیمارستان را کاهش دهد. هماهنگی لازم جهت حضور پرسنل ذخیره برای ارائه مستمر این خدمات باید صورت گیرد.

مرحله پاسخ اورژانس (Response Phase Emergency)

فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی براساس شدت حادثه غیرمترقبه در این مرحله اتفاق می‌افتد. در واقع در این مرحله با استفاده از آمادگی‌های ایجاد شده در مرحله اعلام خطر برنامه حوادث غیرمترقبه فعال و پاسخ بیمارستان را هدایت می‌کند. همانطور که اشاره شده شیوه پاسخ بیمارستان به سطح فعال شدن برنامه بستگی دارد. برای مثال در حوادث غیرمترقبه سطح ۱ تغییرات عمده در پرسنل بیمارستان رخ نمی‌دهد حال آنکه در حوادث سطح ۳ چینش و فعالیتهای آنها بطور کلی تغییر می‌یابد. مسائل مهمی که در این مرحله پیش روی مجریان برنامه قرار دارد عبارتند از:

تریاز در بدو ورود بیماران به بیمارستان:

بیماران ممکن است توسط آمبولانس، وسایل نقلیه شخصی و یا با پای خود به بیمارستان مراجعه نمایند. و یا ممکن است قبلاً در محل حادثه تریاز شده و با برچسب‌های معین به بیمارستان انتقال یابند. در تمام این موارد تیمهای تریاز بیمارستان که بیماران را در بدو ورود به فضای پذیرش بیمارستان دریافت می‌کنند باید سریعاً وضعیت بیمار را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و در صورت نیاز برچسب‌های تریاز آنها را تغییر دهند. تریاز در

بدو ورود به بیمارستان حتی الامکان باید توسط یک جراح یا فرد آموزش دیده انجام گیرد. فضای پذیرش بیماران باید تنها مجرای ورود بیمار به بیمارستان باشد.

تشخیص هویت و ثبت اطلاعات:

برنامه حوادث غیرمترقبه باید مکانیسمی را جهت تشخیص هویت و ثبت دقیق اطلاعات بیماران در شرایط اضطراری تعیین نماید چرا که ازدحام بیش از اندازه بیماران در چنین وضعیتی ممکن است باعث سهل انگاری یا نقص در ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به بیماران شود. فرمهای ثبت اطلاعات، کارتهای تشخیص هویت و کارتهای تریاژ باید تهیه و در دسترس باشد. این فرمها که برای مستندسازی سابقه بالینی و درمانهای دریافتی بیمار مورد استفاده قرار می گیرند باید جهت جمع آوری ضروری ترین اطلاعات طراحی شده باشد. کارتهای تریاژ از هر سیستمی که تبعیت نمایند باید برای پرسنل بیمارستان مفهوم و شناخته شده باشند.

فضاهای درمانی بیمارستان:

بیمارستان باید فضاهای بستری و درمان بیماران را براساس اولویت درمانی آنها از پیش تعیین نماید. اکثر بیمارستانها جهت تعیین اولویت درمانی از همان برچسبهای رنگی تریاژ استفاده می کنند. رنگ قرمز به معنی بیمارانی که به توجه فوری نیازمندند، رنگ زرد به معنی آنهایی که آسیب جدی دارند ولی به توجه فوری نیاز ندارند، رنگ سبز به معنی بیمارانی که مرگ آنها مسجل شده است. علاوه بر سیستم اولویت بندی رنگی باید فضاهایی که برای هر دسته از بیماران مشخص شده است باید با نوارهای رنگی مشخص شود تا گردش بیماران بین بخشهای درمانی، بستری و اتاق عمل را تسهیل نماید. ارائه خدمات بیماران در هر یک از این بخشها باید در حداقل زمان ممکن انجام گیرد.

سیستم ارجاع بیماران:

با وجود اینکه بیمارستان باید تمام تلاش خود را برای توسعه ظرفیت درمانی و پذیرش قربانیان حادثه غیرمترقبه انجام دهد در بسیاری از موارد بیماران به مراقبت های تخصصی و فوق تخصصی نیازمندند که امکانات و تخصص لازم برای آنها در بیمارستان موجود نیست. در چنین مواردی ارجاع بیمار به مراکز درمانی دیگر باید مدنظر قرار گیرد. ارتباط نزدیک بیمارستانها در جریان حوادث غیرمترقبه و شبکه قوی نقل و انتقال بیمار می تواند این امر را تسهیل نماید.

نگهداری و تشخیص اجساد:

بخش پاتولوژی مسئول سازماندهی تشخیص هویت بیمارستان می باشد. در صورت وجود واحد یا بخش پزشکی قانونی بیمارستان این واحد راساً این مسئولیت را بر عهده می گیرد. در صورتیکه سردخانه بیمارستان ظرفیت پذیرش اجساد را نداشته باشد باید محل موقتی برای نگهداری آنها در نظر گرفته شود. در صورتیکه امکانات تخصصی و تجهیزات لازم برای تشخیص هویت قربانیان در اختیار نباشد بخش پاتولوژی بیمارستان باید از بیمارستانهای تابعه یا پلیس درخواست کمک نماید.

برنامه های حوادث غیرمترقبه خاص:

برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید دارای برنامه های مکمل برای موقعیت های خاص چون آتش سوزی، پرتوهای رادیواکتیو، مسمومیت های دسته جمعی، آلودگی با مواد مضر و... باشد.

مرحله توقف برنامه و ارزیابی بعد از حادثه غیرمترقبه (Phase Termination)

فرمانده حادثه غیرمترقبه از طرف مرکز عملیات اضطراری بیمارستان تمام بخشها و پرسنل را در جریان به اتمام رساندن و توقف اجرای برنامه قرار می‌دهد. این امر از طریق واحد تلفن مرکزی یا سیستم ارتباط داخلی بیمارستان انجام می‌گیرد. پس از توقف برنامه فعالیت بیمارستان باید به حالت عادی بازگردد. تمامی مسئولین و رؤسای بخشهای بیمارستان باید گزارشی از جنبه‌های مثبت و منفی فعالیت خود را به کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان ارائه دهند. در نهایت این کمیته باید جلیه ای را با حضور افراد مسئول جهت نقد و بررسی پاسخ کلی بیمارستان تشکیل دهد. این جلسه باید شیوه‌های تصحیح و ارتقاء برنامه را مدنظر قرار دهد.

استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان مؤسسات پزشکی

مقدمه : به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی افزایش بهره‌وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در مؤسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل ابلاغ می‌شوند:

فصل (۱) کلیات :

- (۱) در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی الزامی است.
- (۲) لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی _ درمانی مونث شامل روپوش ، شلوار ، مقنعه یا روسری (به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند) ، کفش و جوراب می باشد.
- (۳) لباس فرم کارکنان آموزشی بهداشتی، درمانی مذکر شامل روپوش ، شلوار ، کفش و جوراب می باشد.
- (۴) لباس بیمار بستری (مونث) شامل روسری یا مقنعه ، پیراهن بلند(تا روی زانو) و شلوار می باشد.
- (۵) لباس بیمار بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار می باشد.
- (۶) ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مونث) در داخل یا بین بخش‌ها، شل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده می شود.

فصل (۲) ضوابط پوشش :

- (۷) لباس بیمار بستری باید حداقل این ویژگی ها را تأمین کند : شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار.
- (۸) رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپ های ویژه مورد استفاده بیماران(گان) و حین انجام اعمال الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس ، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دو چندان پیدامی کند.
- (۹) لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف، متحدالشکل باشد.
- (۱۰) در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هر گونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
- (۱۱) در بخش های ویژه ، اتاق عمل ، آنژیوگرافی و فضاهای استریل و نوزادان ، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش ها می باشند.
- (۱۲) رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش های مذکور در ماده فوق ، متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تایید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.
- (۱۳) روپوش باید سالم، تمیز، دگمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد .شلوار نباید تنگ ، چسبان ، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد.

- ۱۴) کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه‌ی پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
- ۱۵) زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکربی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.
- ۱۶) استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد.
- ۱۷) ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط‌های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
- ۱۸) الصاق کارت شناسایی عکس دار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که براحتی از فاصله‌ی ۲ متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیط‌های درمانی الزامی است. طرح، محتوی و رنگ زمینه‌ی هر رسته باید به تایید ادارات حراست و امور نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی در واحدهای دولتی و در سایر واحدها به تایید کارفرما برسد.
- ۱۹) هرگونه تصویر برداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.

امور اداری و مالی

قانون گزایی و جایگزینی ضوابط و مقررات، بجای روابط و تصمیمات فردی گام نخست دولتمردان در برنامه های توسعه قرار گرفته است که لازمه ی این، آگاهی رسانیدن درباره قوانین و مقررات و شیوه های انجام امور در زمینه های مختلف است نخستین گام این کلیات را در خصوص ورود به خدمت پرسنل آغاز میکنیم.

استخدام: استخدام اشخاص به خدمت رسمی دولت از طریق امتحان یا مسابقه انجام میشود. آیین نامه مربوط به طرز اجرای این ماده از طرف سازمان امور اداری و استخدامی کشور تهیه و به تصویب شورا میرسد.

ابلاغ: سازمان امور اداری و استخدامی کشور مکلف است جهت کلیه مستخدمین بدو ورود اعم از رسمی - پیمانی - قراردادی - طرحی - ضریب K - ابلاغ اولیه جهت تعیین محل خدمت صادر نمایند.

شروع بکار: موسسات دولتی موظفند تاریخ شروع بکار پرسنل را بر اساس ابلاغ رسیده تعیین و بر اساس آن حکم حقوقی برای پرسنل صادر نمایند.

پایانکار: پس از اتمام دوره ی خدمت - انتقالی - انصراف از خدمت - مأمور به خدمت و یا موارد دیگر که باعث عدم حضور نیرو در محل خدمت میگردد میبایست این امر پس از تسویه کامل نیرو از واحدها صورت پذیرد و برای مقامات بالاتر صادر گردد.

آیین نگارش، ویرایش و نامه نگاری اداری:

مکاتبات اداری عبارت است از نوشته هایی بمنظور آگاهی، اطلاع رسانی، و ایجاد خبر بین دو یا چند نفر و یا ارتباط فرد با مؤسسه، شرکت و سازمانهای مختلف. در سازمانهای اداری و رسمی، کارها بر اساس سند یا تقاضای مکتوب انجام میشود زیرا لازم است جهت دستیابی آسانتر به سابقه؛ موضوع یا بایگانی و بهره وری از چنین نامه هایی آسان گردد.

اصطلاحات رایج در نامه های اداری:

نامه های اداری اصطلاحاتی دارند که باید معنا و کاربرد آنها را فرا گرفت. که مهمترین آنها عبارتند از:

اقدام مقتضی / اندیکاتور / اندیکس / ایفاد / پیرو / عطف / بازگشت / مبذول / عنایت / پیوست / رونوشت / هامش / برابر مقررات /...

اندازه و ابعاد نامه های اداری :

طبق دستور العمل اداره ی کل بهبود روشها در سازمان امو اداری و استخدامی کشور ، از سال ۱۳۴۹ به بعد ابعاد و اندازه هالی زیر بعنوان استاندارد ابلاغ شد.

قطع	شماره	میلی متر	کاربرد
بزرگتر	A۳	۲۹۷ در ۴۲۰	برای جدول ها - نمودارها - صورتهای مالی
بزرگ	A۴	۲۹۷ در ۲۱۰	ویژه ی نامه های بیش از ۵ سطر
کوچک	A۵	۲۱۰ در ۱۴۸	یژه ی نامه های کمتر از ۵ سطر

در نامه نگاریهای اداری نام و نام خانوادگی مخاطب ،همیشه قبل از عنوان و مقام اداری او ذکر میشود. در حقیقت نام حقیقی افراد از عنوان و مقام آنها بالاتر است.در مرحله بعدی نامه نگاری سرلوحه / متن نامه و مشخصات امضاء کننده ی نامه قید میگردد.

مهم

مهمترین مسئله در نامه نگاری ادارات رعایت سلسله مراتب اداری ،قانونی موسسه ها و مسئولین زیربط میباشد.

آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت

ورود پرسنل شیفت	خروج پرسنل شیفت	ورود و خروج پرسنل اداری
صبحکار: ۰۷/۳۰	صبحکار: ۱۴	ورود: ۰۷/۳۰
عصر کار: ۱۳/۳۰	عصر کار: ۲۰	خروج: ۱۴
شبکار: ۱۹/۳۰	شبکار: ۸: صبح روز بعد	برای ورود بمحل خدمت پرسنل اداری فرجه ۰۷/۴۵ میباشد.

طبق تصویب نامه شماره ۸۱۴۵۰ هیأت وزیران ؛ در خصوص آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت طبق ماده ۱ - کلیه کارکنان مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود و خروج به محل خدمت اقدام نمایند.

ماده ۲ - ورود بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تأخیر حساب و خروج قبل از مجوز تعجیل محسوب میگردد.

ماده ۲ الف: تأخیر ورود و تعجیل خروج به مدت ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور میگردد

ماده ۲ ب: تأخیر و تعجیل بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایا خواهد بود

ماده ۵ : به مستخدمینی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر یا تعجیل داشته باشند برای ماه اول و دوم اخطار کتبی و از ماه سوم ۳۰ درصد و برای ماه چهارم ۵۰ درصد و برای ماه پنجم صد در صد فوق العاده شغل مستخدم خاطی به مدت یک ماه کسر خواهد شد.

لازم به ذکر است در صورت عدم ارائه برگه پاس و همچنین عدم اطلاع رسانی مسئول مربوطه قبل از استفاده کارکنان این مهم غیبت تلقی شده و مشمول قانون مذکور خواهد شد.

آئین نامه مرخصیها :

فصل یکم: مرخصی استحقاقی: مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او مرخصی استحقاقی تعلق میگیرد معادل ماهی ۲/۵ روز و سالیانه ۳۰ روز میباشد. این امر در خصوص پرسنل قراردادی ماده ۲ تبصره ۴ استثناء بوده به این ترتیب که کل مرخصی سالیانه آنها ۲۶ روزه میباشد.

فصل دوم: مرخصی استعلاجی: هرگاه مستخدم بیمار شده و آن بیماری مانع از خدمت او میشود باید مراتب را در کوتاهترین زمان ممکن اطلاع دهد. کارگزین موظف است گواهی پزشک معالج را به پزشک معتمد جهت اظهار نظر تحویل داده و پزشک معتمد قادر میباشد تا ۳۰ روز گواهی پزشک را تأیید و بالاتر از مدت مذکور به کمیسیون پزشکی ارجاع داده میشود. بانوان باردار برای هر بار وضع حمل تا ۳ فرزند، از ۶ ماه استعلاجی زایمان بهره مند میشوند. و برای دوقلو زایی از ۸ ماه استراحت برخوردار خواهند شد.

فصل سوم: مرخصی بدون حقوق: استفاده از این نوع مرخصی موقوف به دوره خدمت میباشد و فقط در موارد زیر ممکن است:

۱ - مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد.

۲ - مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد

۳ - مستخدم ناچار باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند

۴ - مستخدم پس از استفاده از ۴ ماه مرخصی استعلاجی سالیانه خود به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلا به بیماری دیگر قادر بخدمت نباشد و بیماری او هم صعب العلاج تشخیص نشود.

آئین نامه ذخیره مرخصی سالیانه :

فصل اول: پرسنل رسمی پیمانی: این مستخدمین فقط قادر به ذخیره ۱۵ روز مرخصی استحقاقی خود در طول سال می باشند و ۱۵ روز دیگر قابل ذخیره نمیشد. این ذخیره با ذخیره مرخصی سالهای قبل جمع و در مواقع ضروری میتواند از آنها استفاده نموده و یا در پایان خدمت بصورت مالی محاسبه گردد.

فصل دوم: پرسنل قراردادی تبصره ۳ ماده ۲: این پرسنل همانند پرسنل رسمی پیمانی میتوانند ۱۵ روز مرخصی استحقاقی سالیانه خود را ذخیره نمایند با این تفاوت که در پایان هر سال ذخیره مرخصی مشمولین باز خرید شده و مبلغ مالی به آنها پرداخت میگردد.

فصل سوم: پرسنل قراردادی تبصره ۴ ماده ۲: این گروه از مستخدمین در طی ۱ سال بمیزان ۲۶ روز میتوانند از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند که فقط قادر به ذخیره ۹ روز در سال خواهند بود. ذخیره مرخصی اینان نیز در پایان هر سال باز خرید شده و مبلغ مالی بابت این امر دریافت خواهند نمود.

فصل چهارم: پرسنل مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پرسنل (ضریب K): پرسنل مشمول طرح میبایست مرخصی خود را بصورت تدریجی استفاده نموده و برای پایان خدمت ذخیره مرخصی نداشته باشد.

مأموریت:

اعزام مأمور از یک ارگان برای کار اداری به صورتهای ذیل مطرح می باشد

مأموریت کمتر از یک روز: مأمور هنگامی که مقصد کمتر از ۳۰ کیلومتر را جهت انجام کار اداری طی کند به مأموریت اداری کمتر از یک روز ادغام میگردد. که بدون پرداخت فوق العاده ها صورت میپذیرد.

مأموریت اداری عادی: بند الف ماده ۱۱ قانون استخدامی در خصوص اینگونه مأموریت اعلام میدارد: جهت انجام مأموریت اداری بالای ۳۰ کیلومتر تا ۹۰ کیلومتر معادل مبلغ تعیین شده یک روز کاری فوق العاده مأموریت روزانه به آنها تعلق میگیرد.

مأموریت اداری بیتوته: بند الف ماده ۱۱ قانون استخدامی اعلام میدارد: جهت انجام مأموریت اداری بالای ۹۰ کیلومتر معادل مبلغ تعیین شده دو روز کاری فوق العاده مأموریت روزانه به آنها تعلق میگیرد

تشویقها و تخلفات:

فصل اول: تخلفات اداری: تخلفات اداری شامل: اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری - نقص قوانین و مقررات مرتبط - ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع - ایراد تهمت و افترا و هتک حیثیت - اخاذی - اختلاس - ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری - تکرار در تأخیر و تعجیل - خروج بدون کسب مجوز - سرپیچی از اجرای دستورات مقام بالاتر در حدود وظایف اداری - کم کاری و سهل انگاری در وظایف - گرفتن وجوه یا اخذ هر گونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی میشود - استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر و اختفا و نگهداری و خرید و فروش مواد - سوء استفاده از مقام و موقعیت شغلی - عضویت در تشکیلات فراماسونری. و که در مرحله اول به خاطی بصورت شفاهی گوشزد گردیده، در صورت تکرار یادآور و بعد آن بصورت تذکر بدون درج در پرونده و تکرار مجدد تذکر درج در پرونده پرسنلی و حراستی و در صورت تکرار به هیأت تخلفات جهت اخذ تصمیمات معرفی میگردند.

فصل دوم: تشویقها: به منظور ارج نهادن به خلاقیت و ابتکارات و انجام صحیح وظایف محوله، تواناییها - رفتارها - و خدمات محدوده شغلی پرسنل مورد تقدیر و تشویق از سوی مقامات ما فوق میگردند که این امر شامل تشویقات کتبی درج در پرونده و یا مالی میگردد.

قوانین و ضوابط بیمه کارکنان دولت:

قرارداد بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی و ضوابط اجرایی آن بین سازمان بیمه خدمات درمانی بعنوان بیمه گر و بیمه گزار منعقد میگردد. که بیمه گر جهت استفاده از خدمات درمانی مورد تعهد سازمان همواره از دفترچه بیمه خود استفاده مینماید. گروهی دیگر از کارمندان مشمول بیمه تأمین اجتماعی میباشند. که این بیمه گزار نیز طبق ضوابط خاص خود تعهد خدمات رسانی به بیمه گران خود را دارد. بیمه مکمل این قرارداد بین موسسه درحال خدمت با بیمه گزار صورت میپذیرد که سالیانه بوده و پرسنل متقاضی میتوانند با پرداخت حق بیمه مکمل بصورت کسر از حقوق ماهیانه تحت پوشش این نوع بیمه بوده و قادر به تحت پوشش قراردادن پدر - مادر - همسر و فرزندان خود میباشد لازم به ذکر است اگر بیمه گر در صورت فوت والدین قییم و سرپرست خانواده از طرف دادگاه معرفی شده باشد، میتواند خواهر و برادر خود را تحت پوشش قرارداد دهد.

دستگاه های عمومی دولتی طبق تصویب نامه شماره ۵۰۲۴/ت/۲۵۳ مورخ ۱۳۶۷/۴/۱۱ برای رفاه پرسنل با بیمه های حادثه و فوت کارکنان دولت و همچنین بیمه مکمل سالیانه قرارداد بسته و مبلغ تعیین شده ای از حساب حقوقی پرسنل تحت عنوان پرداخت حق بیمه کسر می گردد. ۱/۲ حق بیمه سالیانه توسط افراد بیمه شده و ما بقی آن از محل اعتبارات پرداخت می گردد.

قوانین و مقررات رفاهی

دولت موظف است اعتباری که هر ساله برای پرداخت عیدی به کارکنان خود تخصیص می دهد به طور مساوی به کلیه کارکنان خود پرداخت نماید. پرداخت هرگونه وجه دیگری تحت عنوان پاداش آخر سال و یا امثال آن به کارمندان خاص ممنوع می باشد.

- به دولت اجازه داده می شود به منظور تشویق پس انداز و حمایت از کارکنان دولت، از طریق تامین اندوخته بنا به درخواست هر یک از مستخدمین شاغل (رسمی، ثابت، پیمانی) حساب سپرده خاصی تحت عنوان حساب پس انداز سهم مستخدم در نظر گرفته شود که در پایان خدمت (بازنشستگی) به فرد تعلق می گیرد.
- به دولت اجازه داده می شود با توجه به گرانی مسکن نسبت به پرداخت کمک هزینه مسکن کارکنان طبق آیین نامه ای با همکاری وزارت امور خارجه و سازمان برنامه و بودجه وزارت امور اقتصادی و دارایی ماهیانه به مبلغ ۵۰۰۰۰۰ ریال به تصویب هیئت وزیران از محل اعتبارات مصوب دستگاه به پرسنل پرداخت گردد.
- موسسات دولتی و استخدامی کشور جهت رفاه حال کارکنان با بانکی که حقوق ماهیانه پرسنل در آنجا پرداخت می شود مصوب نمودند به تعداد افراد مشخصی تحت عناوین مختلف تسهیلات بانکی پرداخت نمایند.
- موسسات دولتی موظفند طبق بخش نامه شماره ۲۳۷۱۱/۱۸۹۹۳ مورخ ۱۳۸۱/۴/۲۶ پوشاک و کفش کارکنان تحت پوشش خود را با عنوان مواردی که تشویق، پاداش و کمک به کارکنان می باشد راساً از انواع تولیدات داخل کشور تهیه و در اختیار آنها قرار دهند.
- برای پرسنل اداری اضافه کاری طبق تایمکس محاسبه می شود.
- برای پرسنل فنی ساعت موظفی و اضافه کار طبق قانون ارتقاء بهره وری محاسبه می شود.

دستورالعمل بررسی ارتقاء رتبه های شغلی (پایه ، ارشد ، خبره و عالی مدیران ، سرپرستان و کارمندان)

این مرحله ، قبلاً و بهنگام صدور احکام کارکنان در ابتدای سال ۸۸ به انجام رسیده است . اما جهت آگاهی بیشتر و کنترل صحت رتبه های مندرج در احکام تطبیق سال ۸۸ کارکنان ، مستندات قانونی مربوطه در ذیل آمده است . بدیهی است کلیه واحدها موظفند نسبت به مطابقت روند انجام گرفته با ضوابط یاد شده اقدام و در صورت وجود هر گونه مغایرت ، نسبت به اصلاح احکام صادر شده از تاریخ ۱/۱/۸۸ اقدام نمایند .

مرحله مقدماتی : تطبیق وضع کارمندان در رتبه های شغلی از تاریخ ۱/۱/۱۳۸۸

ضوابط مربوط به تطبیق وضع کارمندان در رتبه های شغلی

بند ۴ فصل دوم مصوبه شماره ۱/۱۴۵۹۳/۲۰۰ مورخ ۱۳۸۸/۲/۲۱ شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری :

الف : کارمندانی که در اجرای طرح مسیر ارتقاء شغلی ، موضوع تصویب نامه های شماره ۴۱۶۹ ت / ۲۵۷۰۳ هـ مورخ ۲۳/۵/۸۱ ، ۲۵۵۲ ت / ۲۹۹۳۳ هـ مورخ ۲۶/۱/۸۳ ، ۲۶۷۴ ت / ۳۰۳۹۷ هـ مورخ ۲۹/۱/۸۳ هیأت وزیران و اصلاحات بعدی آن و دستورالعمل های مربوط ، از عناوین ارشد ، خبره و عالی برخوردار شده اند با همان عناوین در رتبه های جدول حق شغل قرار می گیرند .

ب : کارمندانی که در اجرای ماده (۸) قانون نظام هماهنگ پرداخت کارمندان دولت از (۸۰ درصد) مجموع حقوق و فوق العاده شغل مشابه قانون اعضای هیأت علمی برخوردار شده اند ، متناسب با جدول مربوط (ردیف ۱ - مربی ، ردیف ۲ - استادیار ، ردیف ۳ - دانشیار) شناخته شده اند ، به ترتیب همتر از رتبه های ارشد ، خبره و عالی جدول حق شغل قرار می گیرند .

پ : کارمندانی که در شمول بندهای (الف و ب) قرار نمی گیرند ، بدو در رتبه مقدماتی قرار گرفته و به ازای هر (۶) سال سابقه خدمت تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه و یا ۱۰ سال تجربه غیر مربوط ، به یک رتبه بالاتر ارتقاء می یابند . کارمندان مشمول این بند در مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه پایه و در مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر ، حداکثر تا رتبه ارشد ارتقاء می یابند .

ت : کارمندانی که در سال ۱۳۸۸ در دستگاههای اجرایی اشتغال می یابند در رتبه مقدماتی قرار می گیرند ، در صورتیکه این قبیل کارمندان دارای سابقه خدمت دولتی باشند ، بر اساس سوابق مذکور و به ازای هر (۶) سال سابقه خدمت دولتی تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه ، به یک رتبه بالاتر ارتقاء می یابند (مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه ارشد ارتقاء می یابند) . سنوات دولتی غیر مربوط این قبیل کارمندان برای ارتقاء به هر رتبه به میزان (یک دوم) قابل محاسبه خواهد بود .

مرحله اول - شناسایی کارکنان مشمول ارتقاء رتبه از طریق اطلاع رسانی ، بررسی احکام و ... و دریافت درخواست کتبی ارتقاء رتبه از متقاضی

مرحله دوم - کنترل سنوات و تجربه لازم برای ارتقاء رتبه ، آیا طبق ضوابط مربوط به ارتقاء کارمندان در جدول حق متقاضی تجربه لازم جهت ارتقاء به رتبه بالاتر را دارد ؟

چنانچه متقاضی فاقد تجربه لازم بود ، موضوع کتباً به متقاضی ابلاغ و از بررسی سایر شرایط خودداری شود .
مرحله سوم - کنترل امتیازات حاصل از ارزیابی عملکرد ، آیا طبق بند ۳ قسمت ب ضوابط مربوط به ارتقاء رتبه کارمندان در جدول حق شغل ،

متقاضی حداقل امتیازات لازم برای ارتقاء به رتبه بالاتر را کسب نموده است ؟
چنانچه متقاضی فاقد امتیاز لازم بود ، موضوع کتباً به متقاضی ابلاغ و از بررسی سایر شرایط خودداری شود.

مرحله چهارم - کنترل دوره های آموزشی طی شده ، آیا طبق بند ۳ قسمت ب ضوابط مربوط به ارتقاء رتبه کارمندان در جدول حق شغل (جدول شماره ۳) متقاضی حداقل دوره های آموزشی مورد نیاز ارتقاء به رتبه بالاتر را طی نموده است ؟

چنانچه متقاضی فاقد دوره آموزشی لازم بود ، موضوع کتباً به متقاضی ابلاغ و از بررسی سایر شرایط خودداری شود.

نکته : برای ارتقاء به رتبه های خبره و عالی ، ارائه مستندات تجربی فرد با شرایط مذکور در تبصره ۱ ماده ۳ دستورالعمل اجرایی ارزیابی عملکرد موضوع بخشنامه شماره ۱۱۹۴۲/۲۰۰ مورخ ۲۲/۵/۹۰ معاون محترم توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری و بشرح زیر ضروری است

الف - مستند سازی تجربیات با بیان: - شرح وظایف و مسئولیت ها- مسایل و مشکلات شناسایی شده حال از تجربیات - راه حلها برای رفع مشکلات

ب - عناوین کتاب ، مقاله ، طرح ، پروژه و ... در ارتباط با شغل مورد تصدی و بیان خلاصه ای از آنها
مرحله پنجم - ثبت اسامی واجدان شرایط ارتقاء رتبه و جمع آوری مدارک مربوطه و ارسال آنها به ستاد دانشگاه دو بار در سال

مدارک مورد نیاز برای بررسی ارتقاء رتبه کارکنان :

درخواست کتبی متقاضی ارتقاء رتبه (فرم شماره ۱۱)

تصویر برابر اصل شده فرم ارزیابی عملکرد دوره ارزیابی

تصویر برابر اصل شده گواهی دوره های آموزشی طی شده مربوط به دوره ارزیابی

تصویر برابر اصل شده آخرین حکم کارگزینی

تصویر برابر اصل شده حکم کارگزینی مربوط به احتساب سوابق تجربی غیر رسمی در صورت وجود

مدارک مربوط به مستندات تجربه

پس از انجام مراحل فوق و اطمینان از وجود همه شرایط برای ارتقاء رتبه متقاضی ، می بایست نسبت به تکمیل و ارسال فرم شماره ۱۲ به همراه مدارک یاد شده به معاونت توسعه مدیریت و منابع اقدام گردد .

نکته قابل توجه :

هر فرد یکبار در سال مجاز به درخواست ارتقاء رتبه و ارائه مدارک مربوطه به واحد خود بوده و واحدها نیز موظفند صرفاً طی دو نوبت (خرداد و آذرماه هر سال) درخواست های ارتقاء رتبه را به معاونت توسعه مدیریت و منابع ارسال نمایند .

ضوابط مربوط به ارتقاء کارمندان در رتبه های جدول حق شغل
قسمت ب بخشنامه شماره ۲۰۰/۵۵۵۸۸ مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۷ شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری :

ب - نحوه ارتقاء کارمندان در رتبه های جدول حق شغل :

۱- شرایط ارتقاء رتبه کارمندان مشمول این ضوابط به شرح زیر می باشد :

مدت تجربه لازم برای ارتقاء رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی ، کارشناسی و بالاتر به شرح جدول زیر می باشد .

جدول شماره ۱ - (مدت تجربه قابل قبول برای متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی ، کارشناسی و بالاتر)

تبصره ۲ - برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همتران آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ و استانهای خراسان شمالی ، خراسان جنوبی ، کهگیلویه و بویر احمد ، چهارمحال و بختیاری ، کردستان ، سیستان و بلوچستان ، بوشهر ، هرمزگان ، خوزستان و ایلام خدمت می نمایند به ازای هر یکسال سوابق تجربی ، (از تاریخ ۱/۱/۱۳۸۸ به بعد) ، ۲ سال (کسر سال به نسبت) ، قابل محاسبه خواهد بود .

جدول شماره ۲ : فهرست مناطق کمتر توسعه یافته استان قزوین طبق تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ هیأت وزیران
ادامه جدول شماره ۲ : فهرست مناطق کمتر توسعه یافته استان قزوین طبق تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ هیأت وزیران

۲- عوامل ارزیابی کارمندان برای ارتقاء رتبه شغلی به شرح زیر می باشد :

تبصره - ارزیابی کارمندان و نحوه تخصیص و تعیین امتیازات مندرج در جدول عوامل موضوع این بند بر اساس ضوابطی است که از سوی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور ابلاغ می شود .

توضیح : ضوابط مربوط به ارزیابی کارمندان و نحوه تخصیص امتیازات مندرج در عوامل موضوع این بند از سوی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور تنظیم و ابلاغ گردیده است که موضوع طی نامه شماره ۸۵۳۱۸/۲۸ مورخ ۲۵/۱۲/۹۰ به کلیه واحدهای تابعه دانشگاه ارسال شده است .

۳- برای ارتقای کارمند به یک رتبه بالاتر ، علاوه بر رعایت مفاد بندهای ۱ و ۲ قسمت ((ب)) تحقق شرایط زیر الزامی است :

۳-۱ - برای ارتقاء به رتبه پایه : ۱- کسب حداقل ۶۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲ ۲- گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام

آموزشی کارمندان دولت

۳-۲ - برای ارتقاء به رتبه ارشد:

۱- کسب حداقل ۷۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲ ۲- گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳-۳ - برای ارتقاء به رتبه خبره:

۱- کسب حداقل ۸۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲ ۲- گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳- کسب رتبه خیره برای کارمندان مستلزم تأیید کمیته موضوع بند ۵ فصل سوم بخشنامه شماره ۱۴۵۹۳/۲۰۰ مورخ ۲۱/۲/۱۳۸۸ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور با حضور نماینده معاونت مذکور خواهد بود .

۳-۴ - برای ارتقاء به رتبه عالی

۱- کسب حداقل ۹۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

۲- گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳- کسب رتبه عالی برای کارمندان مستلزم ارسال مدارک از سوی دستگاه اجرایی و تأیید کمیته تخصصی نظام شغلی شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور می باشد .

تبصره ۱ - برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همتران آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ هیأت وزیران و استانهای خراسان شمالی ، خراسان جنوبی ، کهگیلویه و بویر احمد ، چهارمحال و بختیاری ، کردستان ، سیستان و بلوچستان ، بوشهر ، هرمزگان ، خوزستان و ایلام خدمت می نمایند ، برای ارتقاء به رتبه های شغلی پایه ، ارشد ، خیره ، عالی به ترتیب نیازمند ۵۰ ، ۶۰ ، ۷۰ ، ۸۰ امتیاز (موضوع جدول بند ۲) می باشد .

توضیح : برای راحتی کنترل امتیازات و دوره های آموزشی لازم برای ارتقاء رتبه ، جدول زیر بر اساس بند ۳ قسمت ب ضوابط مربوط به ارتقاء کارمندان در رتبه های جدول حق شغل تنظیم گردیده است .

منابع:

- ۱- دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده در شهر، نسخه ۰۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- دستورالعمل تزریقات ایمن، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تالیف فرناز مستوفیان
- ۳- استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران، تالیف دفتر اعتبار بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۴- صدقیانی، ابراهیم. "سازمان و مدیریت بیمارستان"، جهان رایانه، تهران، ۱۳۷۷. ص ۲۷.
- ۵- آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی، گروه حاکمیت بالینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
- ۶- قوانین و مقررات اداری و استخدامی، شرکت تعاونی سازمان معین ادارات، با آخرین اصلاحات، سال ۸۴
- ۷- <http://medcare.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=۳۱۲&pageid=۳۹۰۶۴>
- ۸- <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=۲۹۱&pageid=۳۴۹۸۵>
- ۹- <http://bzhc.qums.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=۱۸۳&pageid=۱۲۱۱۲>
- ۱۰- <http://hosamir.qums.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=۳۴۰&pageid=۳۴۸۰۹>
- ۱۱- <http://hosamir.qums.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=۳۴۰&pageid=۳۴۸۰۹>
- ۱۲- http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC_HEALTH_EBOOK/۰۴_۰۷.htm
- ۱۳- http://www.pyrogen.co.ir/index.php?option=com_content&view=article&id=۱۳۹:۱۳۸۹-۰۹-۱۰-۰۶-۵۸-۴۹&catid=۴۰:۱۳۸۹-۰۸-۱۳-۰۷-۴۳-۵۵&Itemid=۱۳۰
- ۱۴- <http://www.bohraan.com/NewsDetail.aspx?itemid=۶۸۰>
- ۱۵- <http://farhangi.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=۹۴&pageid=۲۷۹۰۷>
- ۱۶- <http://www.jmu.ac.ir/index.aspx?siteid=۶&pageid=۴۱۳>
- ۱۷- www.sbm.ac.ir